

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 30 Janvier 1901, à 1 heure

Par JOSEPH LOIN

Né à Allonne (Oise), le 14 Février 1874

Ancien Interne provisoire des hôpitaux de Paris

Traitement du Lupus Tuberculeux

PAR LES

SCARIFICATIONS IGNÉES MÉTHODIQUES

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges { MM. TILLAUX, professeur.
LETULLE } agrégés.
BROCA }

COMPIÈGNE

E. LEVÉZIEL, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

9 ET 11, RUE DES PATISSIERS

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 30 Janvier 1901, à 1 heure

Par JOSEPH LOIN

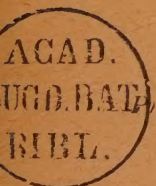
Né à Allonne (Oise), le 14 Février 1874

Ancien Interne provisoire des hôpitaux de Paris

Traitement du Lupus Tuberculeux

PAR LES

SCARIFICATIONS IGNÉES MÉTHODIQUES



Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges { MM. TILLAUX, professeur.
LETULLE } agrégés.
BROCA }

COMPIÈGNE

E. LEVÉZIEL, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

9 ET 11, RUE DES PATISSIERS

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen. M. BROUARDEL.

	Professeurs :	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et Thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et Appareils		MATHIAS-DUVAL.
Pharmacologie et Matière médicale		BERGER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et composée		BRISAUD.
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
Maladies des enfants		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JEFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER.
Clinique du système nerveux		RAYMOND.
		TERRIER.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique		PANAS.
Clinique des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchement		BUDIN.
		PINARD.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEGUEU.	TEISSIER.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEJARS.	THIERY.
ANDRÉ.	FAURE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MARFAN.	THOINOT.
BROCA Auguste.	GILLES de la TOURETTE.	MAUCLAIRE.	Vaquez.
BROCA André.	HEIM.	MÉNÉTRIÉR.	VARNIER.
CHARRIN.	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHASSEVANT.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTER.
DELBET.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
			WURTZ.

Chef des Travaux Anatomiques : M. RIEFFEL.

Le Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

TRAITEMENT DU LUPUS TUBERCULEUX

INTRODUCTION

Au cours de notre année d'internat provisoire, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de notre maître, M. Du Castel, nous avons eu l'occasion d'observer nombre de malades porteurs de lupus qui venaient, chaque lundi, se faire donner les soins que réclamait leur état. Les uns étaient d'anciens malades, que les différentes méthodes appliquées au traitement du lupus, n'arrivaient pas à guérir définitivement, malgré une application régulièrement suivie ; d'autres présentaient des lupus plus récents, non encore traités, à différents stades de leur évolution. Tous réclamaient une guérison hâtive, même obtenue par des moyens énergiques ; quelques-uns ne reculaient pas devant une souffrance plus grande pourvu qu'elle amenât une amélioration plus prochaine.

Nous avons été frappé, pendant les premiers mois de notre séjour à Saint-Louis par ce fait que les méthodes employées jusqu'ici, n'étaient suivies que de résultats incomplets et toujours très lents à se manifester ; les inject-

tions de calomel n'agissaient en aucune façon sur les lésions lupiques ; les scarifications de Vidal, les pointes de feu étaient presque invariablement suivies de récidives, quelquefois même la lésion s'étendait au cours du traitement ; les scarifications partielles nous donnaient peu de succès.

Encouragé par notre maître qui nous avait vu obtenir des résultats plus satisfaisants, à la suite de petites opérations sur des lupus peu étendus, opérations timidement faites encore, mais qualifiées de hardies, téméraires peut-être, par ceux qui nous les voyaient pratiquer, sollicité par les malades eux mêmes, nous nous sommes arrêtés à l'emploi de la cautérisation galvanique au moyen du couteau de platine, pour le traitement des lupus qui nous furent confiés par notre maître.

C'est cette méthode, que l'on pourrait appeler cautérisation galvanique en masse, que nous allons décrire en indiquant successivement : 1^o les opinions qui ont été formulées à son égard par les dermatologistes les plus éminents ; 2^o comment il faut l'appliquer ; 3^o les résultats qu'elle a donnés entre nos mains.

Nous intercalerons dans ce court travail, un chapitre sur le chlorure d'éthyle employé comme anesthésique général ; nous croyons, en effet, par expérience personnelle que, sous forme d'inhalations, l'éther chlorhydrique peut rendre de nombreux services dans la pratique dermatologique, pour les opérations très douloureuses et de courte durée.

Mais nous voulons tout d'abord témoigner à M. **Du Castel**, les sentiments de la profonde et bien sincère reconnaissance que nous lui gardons pour la sympathie qu'il nous a si vivement manifestée. Nous le remercions tout particulière-

ment d'avoir bien voulu nous laisser ouvertes, après notre départ, les salles de son service, pour y continuer nos observations et de nous avoir aidé de ses conseils dans la rédaction de ce modeste travail.

Que M. **Michaux**, chez lequel nous avons eu l'honneur de terminer nos années d'études, veuille bien recevoir ici l'expression de notre dévouement et de notre reconnaissance pour son affectueuse sollicitude à notre égard.

Nous garderons longtemps encore le souvenirs des enseignements, si clairs, si précis, si méthodiques de M. **Lejars**, que nous avons pu suivre à la Pitié et à Beaujon. C'est à lui et au docteur Michaux que nous devons notre éducation chirurgicale.

M. **Petit** voulut bien nous recevoir pendant deux années dans le service de la Pitié, c'est là qu'il nous enseigna les éléments du diagnostic médical et nous mit aux prises avec les difficultés les plus grandes de l'auscultation du cœur. Nous le prions d'agréer l'expression de nos remerciements les plus respectueux.

Nous n'oublierons pas non plus M. **Sébileau** qui nous permit si aimablement d'approfondir nos connaissances anatomiques en nous prêtant asile dans son laboratoire de la Faculté.

Que M. le **Professeur Fournier** veuille bien agréer l'expression de notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

Les auteurs classiques insistent peu sur le traitement du lupus vulgaire par les scarifications ignées. Le plus souvent cette méthode est signalée à côté des cautérisations ignées par les pointes de feu ou les grilles, sans mention spéciale, sous la rubrique de méthode non sanglante.

M. le Dr **E. Besnier**, le promoteur de l'emploi des méthodes non sanglantes, donne la préférence aux scarifications ignées avec les couteaux à plusieurs lames parallèles, il en restreint les indications à certaines localisations du lupus, tout en faisant remarquer que les scarifications préparent une cicatrice lisse et régulière (1).

« Quand il s'agit de vastes surfaces lupiques telles que
« celles qui occupent la face, les ponctions profondes avec
« les grilles électro-caustiques, les scarifications linéaires
« avec le couteau fin du thermo cautère à deux, trois ou
« quatre lames parallèles ou simplement les ponctions mul-
« tipliées avec le cautère cylindro-conique fin de l'appareil
« Paquelin permettent d'arriver au but en un temps relati-
« vement rapide. Les cautérisations peuvent être faites par
« lots restreints, mesurés suivant la tolérance particulière
« du malade et renouvelées plus ou moins fréquemment sur
« les parties voisines, quotidiennement si l'on veut, et plus
« habituellement à quelques jours d'intervalle.

(1) E. Besnier. — *Annales de Dermatologie*, 25 août 1883.

« Sur les muqueuses buccales, palatines, pharyngées,
« etc..., la supériorité de la cautérisation (galvano-causti-
« que) sur les scarifications est absolue, car elle supprime
« une des plus grandes difficultés des opérations dans les
« cavités muqueuses, l'écoulement sanguin.

« Dans le traitement du lupus qui a son siège au niveau
« des fosses nasales et des ailes du nez, les pointes électro-
« caustiques fines sont particulièrement applicables dans les
« premières séances ; dans les suivantes, de fines scarifica-
« tions avec deux ou trois lames de platine associées, per-
« mettent de préparer une cicatrice lisse et régulière.

« Le lupus vulgaire des membres dans toutes ses formes
« peut-être traité avec une grande activité ; les pointes
« caustiques moyennes ou fortes, les scarifications avec le
« thermo-cautère ou avec les scarifications galvaniques à
« plusieurs lames, peuvent être appliquées sans difficulté,
« d'une manière générale, les cautérisations interstitielles
« avec les pointes doivent d'abord tatouer la surface malade ;
« les scarifications (ignées) viennent dans les séances sui-
« vantes, puis, les dernières sont occupées de nouveau, avec
« les pointes, à attaquer toutes les parties non détruites ou
« suspectes. »

M. Brocq, après avoir donné les règles de l'application des caustiques ignés, d'après M. le Dr E. Besnier, tout en reconnaissant que « dans les mains expérimentées, s'il en fut, « d'Ernest Besnier, l'ignipuncture peut produire des cica- « trices souples, lisses, vraiment belles » conclut en terminant (1) :

(1) Brocq. — *Traité des Maladies de la peau.*

« Le galvano-cautère ou l'électro-cautère donnent des cicatrices qui présentent des tractus blanchâtres, des indurations, et même de véritables kéloïdes. »

Cependant, le même auteur dit ailleurs (1), que la cautérisation ignée constitue une méthode de choix dans le traitement du lupus vulgaire.

M. **Leloir** préfère la cautérisation ignée, combinée ou non avec le raclage, mais il y ajoute toujours une application de médicaments caustiques ou parasitocides. « J'ai constaté, dit-il, que les cicatrices obtenues consécutivement à l'emploi des cautérisations fragmentées, ponctuées ou linéaires, pouvaient devenir saillantes, à tendance kéloïdienne » (2).

MM. **Gaucher** et **Barbe** ne parlent pas du galvano-cautère en forme de couteau. Ils ajoutent, du reste, que « les cicatrices produites par la cautérisation sont moins belles que celles qui suivent les scarifications. (3) »

M. **Gaucher** (4), dans une de ses leçons sur le lupus, adopte la méthode par cautérisation ignée dans le traitement du lupus. Après avoir rejeté la cautérisation en masse, il donne la préférence aux pointes de feu.

« Pour obvier au danger des généralisations tuberculeuses dans le traitement du lupus, d'autres auteurs pré-

(1) Brocq. — *Art. Cautérisation ou la Pratique dermatologique.*

(2) Leloir. — *Traité pratique de la scrofulo-tuberculose.*

(3) Gaucher et Barbe. — *Art. Lupus, ou Traité de Médecine* (Brouardel-Gilbert).

(4) Gaucher. — *Leçons sur les Maladies de la peau.*

« conisent, avec raison, la destruction de la plaque lupique
« par la cautérisation ignée.

« Vous pouvez employer la cautérisation ignée en masse,
« au moyen du thermo-cautère de Paquelin, mais c'est une
« méthode très douloureuse qui laisse une plaie très éten-
« due et consécutivement une cicatrice difforme.

« Les cicatrices déterminées par cette méthode (les
« pointes de feu galvaniques) sont moins belles que celles
« que donne la scarification. Cependant, la cautérisation
« ignée est la méthode de choix, car c'est la seule qui mette
« à l'abri des infections tuberculeuses secondaires ; c'est
« celle que je vous conseille d'employer toujours. »

MM. **Hallopeau** et **Leredde** n'indiquent aux cautérisations
ignées que l'emploi des pointes fines simples ou multiples ;
les indications de cette méthode sont restreintes par eux, à
certains cas de lupus bien définis.

« Elle convient, disent-ils, au plus grand nombre de lupus
« inopérables. Elle est indispensable dans le traitement du
« lupus des régions à peau fine (paupières), dans le traite-
« ment des lupus de l'oreille où il faut pénétrer profondé-
« ment sans faire de destruction en masse.

« Du reste, la galvano-cautérisation doit toujours être
« employée comme complément des méthodes non chirurgi-
« cales ; dans les récidives du lupus, elle permet seule d'agir
« sur les points isolés en ménageant la cicatrice. C'est de
« toutes les méthodes de traitement du lupus, à part les
« scarifications, celle qui donne les meilleures cicatrices.

« Sur les muqueuses, elle est la seule dont on puisse se
« servir d'une manière courante.

« Malheureusement, son action est toujours très lente,

« trop souvent elle est infidèle et suivie de récurrence, les nodules se reproduisent au fur et à mesure qu'on les détruit; lorsqu'un lupus est un peu étendu, on arrive à le poursuivre pendant des années avec des résultats habituellement incomplets et il y a utilité, dans certains cas, à employer le curettage, dont l'action est complétée par les caustiques. (1) »

M. **Thibierge** (2) rejette l'emploi de la cautérisation ignée en masse et donne la préférence à la cautérisation partielle fragmentée, faite avec des pointes de feu.

« Au lieu de la méthode brutale qui consistait à cautériser en masse le lupus avec une figure volumineuse comme le couteau du thermo-cautère Paquelin produisant une cicatrice apparente et souvent vicieuse, il fit connaître l'emploi des figures de petites dimensions et surtout des pointes de galvano-cautère, grâce auxquelles la destruction porte isolément sur les tubercules lupiques, respectant la peau saine et laissant à sa suite des cicatrices peu étendues, non difformes, pourvu que l'instrument ait été manié avec la modération et la dextérité voulues. »

Notre maître, M. **Du Castel** est le seul qui consacre quelques lignes à la cautérisation en masse (3).

« La cautérisation ignée en masse est couramment employée par les chirurgiens de l'Ecole de Lyon : le foyer lupique est détruit en une seule séance, dans sa totalité, sans ménagements particuliers pour les tissus sains. Cette

(1) Hallopeau et Leredde. — *Dermatologie*.

(2) Thibierge. — *Thérapeutique des maladies de la peau*.

(3) Du Castel. — *Tuberculoses cutanées*.

« destruction en masse peut être opérée avec le galvano-
« cautère de Paquelin : Horand est resté fidèle au cautère
« à bouche chauffé au charbon de bois, dont le rayonne-
« ment de calorique est plus grand et dont l'énergie caus-
« tique est conséquemment plus développée.

« La méthode de la destruction en masse ne trouve sa
« raison d'être que dans la nécessité d'agir très rapidement
« chez certains malades qui ne peuvent rester que peu de
« temps entre les mains du médecin et qui doivent échap-
« per rapidement à sa surveillance.

« En surveillant avec soin la cicatrisation, en réprimant
« le bourgeonnement avec le crayon de nitrate d'argent dès
« qu'il paraîtra excessif, on arrivera, même avec cette mé-
« thode, à avoir des cicatrices d'aspect suffisamment beau,
« sans brides, sans saillies chéloïdiennes accusées. L'état
« lisse des cicatrices ne peut guère s'obtenir que dans le cas
« où le travail de cicatrisation est dirigé de très près et
« surveillé presque journellement.

« Il faut aussi, pour éviter les récidives, avoir grand
« soin d'agir énergiquement, ne pas craindre de dépasser
« largement la zone, limite apparente de la plaque lupique
« et de mordre sur les tissus sains.

« La méthode de la cautérisation ignée en masse, malgré
« la rapidité de la guérison qu'elle peut amener, reste tou-
« jours une méthode d'exception, à cause de la grandeur des
« délabrements auxquels elle entraîne, et de la difformité
« des cicatrices qui lui succèdent dans les cas où le travail
« de cicatrisation ne peut être surveillé de très près et
« même quelquefois quand il est surveillé ; aussi est-il pré-
« férable, en général, de ne chercher à détruire le lupus

« que par une série de séances successives, en n'attaquant
« chaque fois qu'une partie limitée de la lésion ; c'est la
« méthode des cautérisations fragmentées. »

Les auteurs allemands semblent ne pas se servir du cou-
teau galvanique pour le traitement du lupus tuberculeux. La
plupart d'entr'eux ne parlent que du galvano-cautère en
général sans préciser la forme des instruments qu'ils em-
ploient, sans donner les règles de l'intervention. Ils se con-
tentent d'insister sur les avantages de la cautérisation gal-
vanique.

Neumann dit que, dans la majorité des cas de lupus, la
galvano-caustique suffit, seule, à la guérison ; une applica-
tion de cautère galvanique équivaut à environ vingt applica-
tions de nitrate d'argent ; un autre avantage, c'est la rapi-
dité de son action dans la destruction des parties affectées.

Il signale avec juste raison que l'application du cautère
électrique est extrêmement pénible en certains endroits ;
tels sont les angles de l'œil et de la bouche, toute la région
du maxillaire inférieur, le cou et les surfaces articulaires
dans le sens de la flexion. L'intensité de la souffrance dépend
aussi du degré de la température, elle est au minimum avec
le cautère chauffé à blanc (1).

Kaposi insiste sur le galvano-caustique, il dit que les
douleurs que l'on détermine par cette méthode, sont peu
intenses (2).

Mais un appendice des traducteurs de son livre, nous

(1) Neumann. — *Traité des Maladies de la peau* (trad. franç.
par Dorniu.)

(2) Kaposi. — *Maladies de la peau* (trad. franç. par Besnier
et Doyen).

donne des indications plus précises pour l'emploi des scarifications ignées.

« Quand il s'agit de vastes surfaces lupiques, comme
« celles qui occupent la face et qui sont presque toujours en
« même temps, partiellement ou généralement hypertro-
« phiques, fibreuses (scléreuses), les ponctions profondes
« avec les aiguilles à pointes multiples, les scarifications
« linéaires lozangiques faites avec le couteau thermique fin,
« ou avec le rateau galvanique, permettent d'abréger la
« séance.

« Sur les muqueuses buccale, palatine, pharyngée, la
« galvano-caustique trouve une application merveilleuse de
« simplicité, d'inocuité, voire même de remarquable indo-
« lence relative. C'est là, où elle ne saurait à aucun titre être
« comparée à la rugination, ni aux scarifications, même en
« ne tenant compte que des avantages immédiats et lo-
« caux. »

Lang, dans un article sur le traitement du lupus dit que
« le Paquelin et le galvano-cautère détruisent le tubercule,
« là où le feu est appliqué ; mais dans la profondeur les
« tubercules ne sont pas facilement atteints. » (1).

Hébra (2) signale les avantages du galvano-cautère, décrit ses instruments très sommairement et ajoute qu'après l'intervention survient un gonflement variable suivant les régions et qui dure peu.

Neisser ne fait que citer le traitement du lupus par la destruction galvano-caustique (3).

(1) Lang. — *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1897, n° 19.

(2) Hébra. — *Traité des Maladies de la peau* (trad. franç. par Doyen).

(3) Neisser. — *Art. Lupus in Handbrich der Hunt-Krankheiten von Ziemssen.*

En résumé, pour les dermatologistes français ou allemands, les scarifications ignées n'ont que des indications bien restreintes; ils semblent leur préférer les ponctions profondes avec les pointes galvaniques simples ou multiples.

Nous essaierons de démontrer dans ce court travail que les scarifications galvano-caustiques peuvent être employées dans la plupart des cas de lupus de la peau et des muqueuses, même dans les surfaces les plus étendues, et que les résultats obtenus par notre méthode sont plus rapides, sinon plus certains au point de vue de la guérison que les résultats dus à l'application des pointes de feu ou des grilles.

INSTRUMENTS

On pourrait, pour faire des scarifications ignées, se servir du thermo-cautère Paquelin, en prenant la pointe fine, un peu courte peut-être, fabriquée pour les cautérisations délicates, bien que nous n'ayions jamais employé cet instrument, nous pensons qu'il pourrait rendre quelques services en cas de nécessité.

Mais il est préférable d'agir avec le galvano cautère, l'irradiation ignée en est moins grande que celle du thermo-cautère, ce qui, du reste, ne constitue pas un grave inconvénient. On évite ainsi la brûlure des parties saines avoisinantes, qu'il est souvent difficile de protéger et l'irradiation du galvano-cautère est suffisante pour atteindre, à travers les tissus, les points que l'anse de platine ne touche pas directement.

Nous allons décrire les instruments que nous avons employés dans le service de notre maître, M. Du Castel. La simplicité de leur construction leur donne une garantie de bon fonctionnement, deux qualités très appréciables pour le praticien.

L'appareil dont nous nous servions était essentiellement composé d'un couteau de platine chauffé par un courant galvanique suffisamment intense.

Cet appareil comprend une pile, des conducteurs et un cautère de platine muni de son manche.

A. — Source d'électricité

La pile se compose d'une série de zincs et de charbons alternés, fixés à la partie inférieure d'une planchette. Ces zincs et ces charbons sont tenus par des écrous qui peuvent être vissés et dévissés à volonté, ce qui facilite leur nettoyage ou leur remplacement.

A l'aide de diverses bornes placées sur la planchette, on peut à volonté, prendre le courant total de la pile ou seulement le courant d'un seul élément.

Les zincs et les charbons, au nombre de 8, forment par leur juxtaposition deux groupes d'éléments, plongeant chacun dans un récipient distinct.

Les récipients reposent sur un plateau mobile au centre duquel s'élève une tige métallique munie d'une vis ; cette vis, placée au-dessus de la planchette, peut être manœuvrée par une roue à manivelle qui permet de lui communiquer un mouvement de rotation avec ascension ou descente du plateau, plus ou moins rapide à volonté, suivant qu'on la tourne dans un sens ou dans l'autre.

C'est cette manœuvre de la vis qui constitue le système modérateur de l'intensité et de la tension du courant en faisant plonger les éléments zinc et charbon dans le liquide.

Le liquide que nous mettions dans la pile est composé de la façon suivante :

Bisulfate de mercure.....	250 gr.
Bichromate de potasse.....	1.200 gr.
Acide sulfurique.....	600 gr.
Acide chlorhydrique.....	300 gr.
Eau. Q. S. pour faire 10 litres	

Nous croyons utile d'indiquer sommairement les précautions à prendre dans la préparation de ce mélange, pour éviter de graves accidents qui pourraient survenir au cours des manipulations, si l'on n'y prenait garde.

Il faut d'abord mettre dans le fonds d'un vase (une cruche en grès est le récipient le plus commode) d'une contenance suffisante, le bisulfate de mercure, délayé au préalable dans un peu d'eau. Dans un entonnoir posé sur le vase et bouché avec un gros tampon de coton, placer le bichromate de potasse. Verser alors de l'eau bouillante sur le bichromate qui sera dissous au fur et à mesure et tombera dans le vase. Laisser alors refroidir la solution pendant 15 ou 20 minutes. C'est alors seulement qu'il faut verser doucement l'acide sulfurique en agitant le liquide, pour éviter les projections d'acide et un dégagement de chaleur trop grand qui pourrait faire éclater le vase. Ajouter enfin l'acide chlorhydrique et compléter avec de l'eau jusqu'à 10 litres. Agiter pour rendre le mélange homogène.

B. — Conducteurs

Les conducteurs se composent de deux gros fils de cuivre tressés, malléables, recouverts de soie, qui s'adaptent d'un côté au pôle positif et au pôle négatif de la pile, de l'autre côté aux deux vis d'un manche porte-cautère en ébène sur lequel on adapte au moyen de deux vis de pression le couteau de platine. Ce manche est muni d'un verrou et d'une vis de pression permettant de faire passer le courant d'une manière permanente ou intermittente à volonté.

C. — Couteaux

La partie agissante de notre instrumentation est constituée par une lame de platine de 1^m/_m de largeur environ recourbée sur le tranchant, formant une anse à deux branches parallèles, très rapprochées l'une de l'autre. La largeur de cette lame est d'environ 1 centimètre. C'est, du reste, l'une des formes des cautères galvaniques inventés par M. Besnier.

Il est bon d'avoir à sa disposition plusieurs couteaux de ce modèle ; ils cassent en effet quelquefois ou fondent sous l'influence d'un courant trop intense.

Ajoutons au galvano-cautère :

Une pince à griffes, plusieurs pinces hémostatiques, de l'ouate hydrophile, une solution de sublimé au 1/1.000, le tout aseptique et convenablement stérilisé, suivant les principes de la chirurgie moderne et nous aurons complété la liste des instruments qui nous sont nécessaires.

C'est là, une instrumentation que l'arsenal chirurgical du praticien peut fournir à peu de frais.

ANESTHÉSIE

Faut-il anesthésier nos malades et quel anesthésique employer ? Ce sont là deux questions à résoudre, avant de commencer l'opération.

S'il est vrai que la cautérisation provoque une douleur plus vive que la scarification, cette douleur est supportable ; elle se prolonge souvent d'une sensation d'ardeur, pendant quelques minutes ; mais elle n'est pas suffisante pour justifier l'anesthésie générale.

Cependant, lorsque nous avons affaire à de vastes lupus ; nous n'hésitions pas à proposer au malade de l'endormir au chloroforme, pour lui épargner une souffrance trop prolongée et pour nous laisser une plus grande liberté d'action. Les malades non anesthésiés s'agitent souvent et il peut être indispensable d'obtenir une immobilité absolue pour avoir une plus grande sécurité dans l'intervention.

Nous rejetons toute anesthésie locale par congélation ou par l'injection de substances analgésiques, même sur les lupus peu étendus. Les injections de cocaïne font toujours redouter des accidents que l'on n'est pas toujours sûr d'éviter ; la congélation par le chlorure de méthyle, le chlorure d'éthyle ou l'éther en pulvérisations, amène une induration uniforme des tissus, qui supprime les différences de consistance entre les tissusains et les tissus malades, différences sur lesquelles li faut toujours se baser pour apprécier la profondeur qu'il

convient de donner aux scarifications; on marche à l'aveugle au lieu de procéder méthodiquement et d'une façon assurée. La décongélation des tissus est rapide et la sensibilité est revenue avant que la série des scarifications soit terminée. L'hémorrhagie, supprimée pendant le temps que la congélation persiste, devient après elle plus abondante et plus difficile à réprimer. Enfin la congélation est plus douloureuse (1). Nous ajouterons un dernier reproche à cette méthode d'anesthésie, celui de refroidir très vite notre cou-teau porté au rouge, refroidissement qui l'empêche immédiatement de pénétrer dans les tissus.

Dans le cas de lupus petits, peu étendus en surface et en profondeur, nous préférons nous servir de chlorure d'éthyle pur, en inhalations, pour arriver à une anesthésie générale de courte durée, mais suffisante toutefois.

Dans l'une de nos observations nous racontons comment nous fûmes amené, par hasard, à découvrir cette propriété, nouvelle pour nous, du chlorure d'éthyle.

Nous avons depuis fait quelques recherches dans la littérature médicale sur ce sujet, et il semble que le chlorure d'éthyle n'ait encore que des indications fort restreintes comme anesthésique général.

C'est qu'en effet, la plupart des auteurs qui ont étudié ce corps nous mettent en garde contre un certain nombre d'accidents qui peuvent survenir pendant l'anesthésie qu'il procure.

Dujardin-Beaumetz (2), Manquat (3) le rejettent sous ce seul prétexte.

(1) Du Castel. — Loc. cit.

(2) Dujardin-Beaumetz. — *Supplément au Dictionnaire de Chimie. Art. Ether.*

(3) Manquat. — *Traité de Thérapeutique.*

Pouchet (1) dit : que les propriétés anesthésiques du chlorure d'éthyle tout en n'étant pas discutables, ne possèdent qu'une valeur secondaire ; ce corps « détermine une anesthésie rapide, mais elle est accompagnée de convulsions et « d'arrêt de la respiration. C'est par conséquent un produit « à rejeter. »

Cependant les faits qui ont été publiés, après observation clinique semblent en contradiction absolue avec les affirmations des auteurs précédents.

Dans un travail de Ludwig (2) donnant les résultats obtenus dans une série de 66 cas où l'on s'est servi de chlorure d'éthyle comme anesthésique général, à la clinique de Von Hacker, l'auteur parle tout d'abord de l'aspect général des sujets anesthésiés au chlorure d'éthyle, et il compare l'état de narcose ainsi obtenue à un léger degré d'anesthésie par le chloroforme, sans nier toutefois la possibilité d'arriver à une narcose plus profonde avec le chlorure d'éthyle même.

Le laps de temps écoulé entre le début de l'administration de l'anesthésique et le relâchement musculaire ou la disparition de la sensibilité cutanée était de 30 secondes à 4 minutes ; la moyenne était d'une minute pour les enfants et les femmes, de 75 à 90 secondes pour les adultes du sexe masculin. L'anesthésie par le chlorure d'éthyle d'origine allemande exigeait deux minutes de plus que lorsqu'on se servait d'un produit français.

En ce qui regarde la technique de l'anesthésie au chlo-

(1) Pouchet. — *Leçons de Pharmacodynamie et de matière médicale.*

(2) Ludwig. — *Beitrag z. Klin. Chir.* XIX. 3.

rure d'éthyle, l'auteur a constaté que la simple application sur le masque du jet de chlorure d'éthyle, tel qu'il est employé pour l'anesthésie locale est absolument insuffisante, à moins d'utiliser les masque préconisé par M. Brener. Il est préférable au contraire, de verser d'emblée une certaine quantité de chlorure d'éthyle (5 à 7 grammes de la préparation française, 8 à 9 grammes du produit allemand), dans un masque de Julliard dont le segment supérieur présente un couvercle mobile. La narcose étant une fois obtenue, dès que l'on s'aperçoit que le malade a tendance à se réveiller, ce qui arrive au bout de 5 à 6 minutes, on dirige le jet de chlorure d'éthyle sur la doublure du masque en soulevant le couvercle.

Il est nécessaire, d'après M. Ludwig, qu'une tranquillité absolue règne autour du malade, au début de la narcose du moins. L'excitation a fait souvent entièrement défaut, tandis que d'autres fois elle s'est manifestée d'une manière tardive, sans être toutefois très violente. Dans la plupart des cas, le relachement musculaire était incomplet ou nul et la sensibilité de la cornée persistait chez tous les malades, même pendant la période d'anesthésie complète.

Les suites de la narcose au chlorure d'éthyle ont été des plus bénignes, le réveil s'opérant d'une façon presque instantanée, souvent au moment même où l'on retirait le masque. Jamais on n'a constaté de nausées ou de céphalgies post-anesthésiques et les vomissements n'ont été notés que quatre fois. Aucun des malades chez lesquels on a pratiqué l'analyse des urines n'a présenté d'albuminurie. Enfin, aucun accident fâcheux n'a été relevé au cours même de la narcose.

Les expériences de M. Von Hacker ne permettent pas de déterminer la durée maxima de la narcose, ni la dose de l'anesthésique que l'on ne saurait dépasser sans inconvénient. Les opérations pratiquées sur les 66 malades de la clinique d'Innsbruck n'ont jamais exigé une anesthésie de plus d'un quart d'heure, et M. Ludwig estime que c'est dans les interventions de courte durée, mais douloureuses et pour lesquelles l'anesthésie locale ne pourrait être employée efficacement, que l'application de l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle paraît appelée à rendre des services, si l'on s'en rapporte aux résultats déjà obtenus.

P. Gires (1) a expérimenté 44 fois le chlorure d'éthyle comme anesthésique général pour l'extraction des dents.

« L'anesthésie se produit très rapidement (après 20 à 65
« secondes d'inhalation) et débute par une diminution ou
« une abolition d'emblée des réflexes des pupilles et de la
« cornée (ces réflexes sont cependant parfois maintenus) ;
« une légère contracture de très courte durée se produit
« ensuite, puis survient une résolution qui n'est pas tou-
« jours absolument complète.

« Dix centimètres cubes de chlorure d'éthyle (kélène) ont
« toujours suffi pour produire le sommeil, sauf dans le cas
« d'un alcoolique chez lequel quinze centimètres cubes ont
« été employés.

« L'anesthésie se produit plus rapidement chez les en-
« fants et les femmes que chez les adultes. Chez une névro-
« pathie, qui était très excitée d'avance, une légère excita-
« tion a persisté au début de l'anesthésie. Chez deux

(1) P. Gires. — *Revue de Stomatologie*. Janv. 1900.

« alcooliques, une période d'excitation assez forte a été
« notée, si forte chez l'un d'eux, qu'il s'est vivement dé-
« battu et a arraché le masque en accusant l'opérateur de
« lui prendre sa pipe.

« La durée du sommeil, après la cessation de l'inhalation
« varie, en général, entre 25 secondes et 2 minutes. Dans
« un seul cas, celui d'une infirmière, le sommeil a duré
« 3 minutes.

« Il semble que le sommeil est d'autant plus long que
« l'anesthésie a mis plus de temps à se produire ; mais les
« expériences n'ont pas été assez nombreuses pour que ce
« fait puisse être affirmé d'une manière certaine.

« Il ne s'est jamais produit de faiblesse cardiaque, de
« spasmes de la glotte, ni de troubles de la respiration ;
« aucun phénomène d'asphyxie n'a été noté.

« Le réveil s'est toujours fait d'une façon normale ; il est
« généralement rapide, trop rapide même quelquefois : le
« malade passe de l'anesthésie complète à l'état de veille,
« presque sans transition. Dans deux cas, les patients sont
« restés un peu hébétés pendant une minute. Pas une seule
« fois les malades ne se sont plaints de maux de tête ; jamais
« il ne s'est produit de vomissements ; l'état normal est
« généralement rétabli immédiatement après le réveil et
« les malades peuvent partir seuls aussitôt après l'opération.

« Il semble préférable pour pratiquer l'anesthésie, que
« le malade soit à jeun ou qu'il ait fait son précédent repas
« au moins deux heures avant. La position préférée est celle
« qui se rapproche de l'horizontale, autant que le permet
« l'opération. Le malade ne doit pas être serré dans ses vête-
« ments.....

« Le masque que nous avons employé pour cette anes-
« thésie se compose de deux parties : le masque proprement
« dit et le récipient.

« Le masque est assez analogue à celui dont on se sert
« pour le protoxyde d'azote ; il est ovale, de façon à em-
« boîter le nez et la bouche ; son bord est recouvert d'un
« coussinet en caoutchouc gonflé d'air, qui lui permet de
« s'appliquer exactement sur la face du patient, sans laisser
« passer l'air.

« Le récipient se compose d'une boule creuse ouverte à
« sa partie supérieure et dans laquelle est placée la com-
« presse ou le tampon d'ouate sur lequel sera projeté le
« chlorure d'éthyle. Cette boule est reliée au masque par un
« cylindre d'environ 8 centimètres de longueur qui contient
« un système de deux soupapes, l'une permettant l'entrée
« d'un courant d'air passant à travers la compresse, l'autre
« permettant la sortie de l'air expiré. Cette seconde soupape
« placée tout près du masque est munie d'une aiguille qui
« indique les mouvements de la respiration.

« Le kélène doit être inhalé à très larges inspirations ;
« le meilleur moyen pour les obtenir est de faire souffler le
« patient, qui, vidant ainsi plus complètement son poumon
« se trouve excité à inspirer plus largement. Il est bon de
« le faire souffler dans le masque avant d'y placer l'anes-
« thésique, afin de lui bien montrer ce qu'il devra faire
« pendant l'inhalation.....

« En résumé, comme anesthésique général, le kélène
« présente certains avantages : l'anesthésie se produit très
« rapidement, il n'y a généralement pas de période d'exci-
« tation, ou cette période est très courte ; il ne produit ni

« troubles cardiaques, ni phénomènes d'asphyxie, le réveil
« est rapide et n'est jamais suivi d'accidents.

« Son désavantage qui est du reste celui de tous les
« anesthésiques de courte durée, est la difficulté de prati-
« quer des opérations un peu longues.

« Les contre-indications sont les troubles cardiaques et
« respiratoires.

« La kélénonarcose réussit moins bien chez les alcooliques. »

Audernier Congrès international de Médecine, Savaréanu de Bucarest fit une communication où il dit que le chlorure d'éthyle employé seul, peut être utilisé sans danger comme agent d'anesthésie générale et possède de notables avantages sur l'éther et le chloroforme ; cependant, l'auteur avoue que l'application est d'un maniement délicat et demande à être surveillé.

Une seule fois, un accident est survenu après une opération pour végétations adénoïdes chez un jeune homme nerveux et débile qui présenta le lendemain une éruption généralisée, semblable à l'urticaire, éruption qui disparut en 36 heures, sans troubles généraux. M. Lannois, qui rapporte le fait, crut à une intoxication médicamenteuse par le chlorure d'éthyle (1).

Si nous ajoutons à ces faits les résultats de notre expérience personnelle qui porte sur une douzaine de cas observés, nous pouvons conclure que le chlorure d'éthyle employé pur n'est pas un anesthésique général dangereux. Le maniement de ce liquide deviendra vraisemblablement

(1) Lannois. — *Société des Sciences médicales de Lyon*. Novembre 1900.

blement plus facile à mesure que l'on en connaîtra mieux les propriétés. Pour les dermatologistes en particulier, il présente des avantages précieux, que l'on pourra utiliser dans maintes circonstances où l'on doit agir chirurgicalement, peu mais vite, contre les lésions les plus diverses de la peau (petits lupus, acné, kéloïdes, sycosis, etc.).

MANUEL OPÉRATOIRE

Il est préférable que le malade soit étendu horizontalement, surtout si l'on doit opérer sur la face, même sans anesthésie. Cette position est indispensable, si le malade doit être soumis à l'anesthésie générale, cependant nous avons vu, par notre expérience personnelle, que l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle était bien supportée, même dans la position assise.

La présence d'un ou deux aides est utile, l'un surveillant le chloroforme et tenant solidement la tête, lorsque l'on agit sur la face, l'autre étanchant le sang qui peut couler de la plaie, s'occupe du bon fonctionnement de la pile et tend la peau lorsque besoin en est. L'opérateur doit porter exclusivement son attention sur les lésions qu'il a sous la main, pour en apprécier l'étendue en surface et en profondeur.

Les scarifications ignées constituent une opération chirurgicale qui doit être exécutée avec toutes les précautions dont s'entourent les chirurgiens ; cela sous peine de voir survenir des accidents, des complications inflammatoires locales d'ordre microbien, plus fréquentes qu'on ne le pense généralement et qui, pour être souvent légères, au point de passer inaperçues ou d'être mises sur le compte de la seule incision des téguments, n'en doivent pas moins être évitées.

La surface à opérer et les parties saines avoisinantes seront soumises à la désinfection habituelle : lavage au savon,

à l'alcool, à l'éther et au sublimé. Les ulcérations ne sont pas une contrindication à ces précautions antiseptiques, tout au contraire, elles sont le plus souvent envahies par les microbes d'infection secondaire. Si la cautérisation détruit les agents pyogènes existant à la surface de la peau, la chute des eschares laisse des pertes de substances que les parties voisines pourraient infecter, il y a tout avantage à les rendre aussi aseptiques que possible.

Lorsque les lésions sont recouvertes de croûtes épaisses, il est bon de les faire tomber les jours précédents par l'application de pommades antiseptiques ou de cataplasmes émollients ; mais il est plus simple de les enlever au moment de l'opération ; prises entre les mors de la pince à griffes, elles viennent facilement, laissant à découvert l'ulcération qu'elles recouvraient.

Le galvano-cautère est tenu de la main droite, le petit doigt prenant, si possible, un point d'appui fixe sur la région voisine. Le cautère ne doit pas être porté au-delà du rouge sombre, disent les auteurs classiques ; une température plus élevée risquant de faire fondre le cautère et surtout de provoquer des hémorrhagies. Nous avons l'habitude de dépasser notablement le rouge sombre ; nous avons reconnu à cette façon de procéder un avantage : c'est que le couteau pénètre mieux dans les tissus lorsque la température est plus élevée ; cet avantage n'est pas à dédaigner, dans le cas de surfaces lupiques très étendues à scarifier, qui nécessitent l'emploi du chloroforme ; la durée de l'opération est alors considérablement abrégée.

Nous ferons remarquer aussi que l'incandescence du cautère étant plus forte, l'irradiation ignée est plus intense,

l'action du cautère se fait donc sentir à une distance plus grande à travers les tissus, atteignant ainsi les lésions tuberculeuses que l'instrument ne touche pas directement. Du reste, même au rouge sombre, on peut avoir des hémorrhagies en nappe, généralement peu abondantes, lorsqu'on cautérise des lupus mous et fongueux. (1)

Il faut toujours commencer l'opération par les parties les plus déclives pour ne pas être gêné par le sang qui peut couler des parties plus élevées.

Tendant avec la main gauche la peau sur laquelle on doit agir, attaquer franchement et perpendiculairement la lésion. On peut commencer soit par l'un des bords, soit par le milieu. Sous la première pression, le couteau pénètre peu, car il se refroidit vite au contact des tissus et ne coupe plus; il faut alors le retirer, le laisser rougir, et l'introduire de nouveau dans l'incision qui vient d'être faite. Suivant l'étendue de la lésion, et surtout suivant la profondeur, on intéresse à chaque fois une plus ou moins grande épaisseur.

Nous faisons ainsi une série d'incisions parallèles entre elles qui laissent dans leur intervalle des bandes de tissu malade dont l'épaisseur ne doit pas dépasser un demi-centimètre, si l'on veut obtenir un bon résultat.

Après avoir couvert d'incisions semblables toute la surface malade, nous prenons une à une les bandes de tissu et nous les fragmentons par de petites incisions perpendiculaires aux premières et d'une profondeur égale. Nous obtenons ainsi un quadrillé d'incisions, dont les lignes circons-

(1) Thibierge. — *Thérapeutique des Maladies de la peau.*
(T. I.)

crivent des quadrilatères formés par les tissus dilacérés et recouverts de leur épiderme.

Il faut que chaque incision dépasse en superficie et en profondeur, les limites du lupus que nous voulons traiter.

Tous les auteurs s'accordent du reste à insister sur cette recommandation, sous peine de voir une prompte récurrence survenir, soit à la place même de l'ancienne lésion, soit à la périphérie.

La limite de la lésion en surface est facile à apprécier ; elle se voit, il est facile de la dépasser. Nos classiques donnent comme limite en profondeur, la sensation d'une résistance particulière donnée par le toucher lorsqu'on arrive sur le derme normal. Cette résistance, disent-ils (1), est parfaitement perçue, malgré ce qu'on pourrait croire, de premier abord, à la condition de manier l'instrument avec une certaine légèreté. Si on ne se laissait guider par elle, on risquerait de traverser la peau et d'atteindre le tissu cellulaire sous-cutané, dans lequel la pointe s'enfonce sans la moindre résistance et de provoquer des cicatrices très vicieuses.

Cette affirmation est, à notre point de vue, une erreur, dans la plupart des cas. La contre-partie serait plutôt l'expression de la vérité. Le lupome, en effet, détermine toujours par sa présence dans la peau, une réaction inflammatoire qui, peu à peu, tend à la sclérose, sclérose curatrice du reste, qui peut enserrer et faire disparaître le lupome : ce tissu scléreux est résistant et d'autant plus dur et plus épais qu'il est plus ancien ; c'est lui qui donne à la main de l'opérateur cette sensation de résistance particulière lorsque le

(1) Thibierge. — Loc. cit.

cautére arrive à son contact. Aussi lorsque l'on s'arrête devant cette résistance, nous sommes loin d'avoir dépassé les limites profondes du lupus, nous sommes encore à l'intérieur du tissu malade. Supposez maintenant que nous ayions affaire à un lupus très ancien, qui a déterminé une réaction considérable, donnant lieu à la formation de brides épaisses dont la profondeur dépasse souvent 1 centimètre, vous voyez quelle quantité de tissu encore malade n'est pas atteinte par le contact du couteau, tissu au sein duquel des éléments tuberculeux peuvent rester indemnes et servir plus tard à la repullulation de nouveaux tubercules qui finiront par atteindre la surface.

Frappé de cette anomalie, nous n'avons pas craint d'atteindre la lésion jusque dans ses retraites les plus cachées. C'est là un temps fort délicat de l'intervention, qui constitue, nous le croyons, une des particularités de notre méthode. Nous avons voulu, comme pour la surface, voir la limite de la lésion en profondeur et ne pas nous contenter d'une seule sensation de toucher qui peut être quelquefois obtuse et trompeuse.

Il nous fallait non seulement sentir la différence de consistance du tissu sain et du tissu malade, mais encore voir la différence de leur coloration.

Pour arriver plus sûrement à ce résultat, nous écartons avec une pince à griffes la lèvre inférieure de l'incision ; le fond en est alors bien éclairé et nous pouvons juger de sa constitution. Avons-nous encore du tissu malade scléreux, sa coloration blanche nous l'indique, il est dur sous le couteau galvanique, il donne souvent l'impression du cartilage coupé avec une lame tranchante, les lèvres de l'incision

s'écartent difficilement. Puis, tout-à-coup, le cautère pénètre facilement dans un tissu jaune, qui grésille d'une façon particulière au contact du platine rougi, les lèvres de l'incision s'écartent brusquement, nous sommes dans le tissu sain, représenté par le tissu cellulaire sous-cutané normal.

Contrairement aux recommandations des auteurs, nous sommes toujours allé jusqu'au tissu cellulaire, sans craindre les cicatrices vicieuses que l'on dit être consécutives à sa lésion, et l'expérience nous a donné raison. Il ne faut pas se laisser effrayer par la profondeur inaccoutumée des incisions ; chez quelques-uns de nos malades, nous avons été obligé de dépasser les limites ordinaires des incisions cutanées, au point de léser les organes sous-jacents. Notre hardiesse a été suivie de succès. Nous avons, du reste, appliqué au lupus le traitement chirurgical des tuberculoses cutanées en général ; traitement qui doit toujours être très énergique pour faire disparaître des lésions trop souvent rebelles. Il faut toujours avoir l'air d'avoir trop fait pour avoir fait assez.

Telles sont les lignes générales d'une intervention par les scarifications ignées contre le lupus. Inutile de dire que la profondeur et l'étendue des scarifications doivent varier avec la grandeur des lésions que nous avons sous la main. C'est surtout à la face que nous avons rencontré les plus grosses difficultés ; c'est sur les joues et surtout au niveau du sillon naso-génien que les lésions sont les plus profondes, dans les vieux lupus ; il existe là des bandes scléreuses qui tirent en dehors les commissures labiales, déformant les paupières et les ailes du nez. Ces bandes font place en certains cas, à de véritables nappes sous-cutanées qui forment comme un blindage profond aux lésions cutanées.

Ce sont ces bandes et ces nappes qu'il faut traverser et hacher pour obtenir une cicatrice souple, lisse, exempte de tractus rétractiles, en un mot, une cicatrice vraiment belle. L'intervention sur le lupus des membres est plus facile ; la profondeur des lésions, dans la plupart des cas que nous avons eu à traiter, était toujours moins grande qu'à la face.

Sur les muqueuses, les scarifications ignées sont d'une application facile, particulièrement sur la muqueuse gingivale.

Pour atteindre la voûte palatine, il faut maintenir la bouche ouverte au moyen d'un vulgaire bouchon de liège ou d'un ouvre-bouche ; l'extrémité libre du couteau galvanique recourbée à angle droit s'applique facilement sur les parties les plus reculées du voile palatin.

ACCIDENTS

Les accidents qui peuvent survenir au cours de l'application des scarifications ignées sur les surfaces lupiques sont peu nombreux.

Outre les accidents cardiaques ou respiratoires qui sont le fait de la narcose chloroformique, accidents que nous n'avons jamais eu à combattre, le seul inconvénient de cette méthode est l'hémorrhagie. Nous avons vu, plus haut, que cette hémorrhagie est souvent difficile à éviter ; la température à laquelle est porté le cautère agit peu sur sa production, elle est surtout en rapport avec la vascularisation du lupus.

C'est, le plus souvent, une hémorrhagie en nappe qui se produit, surtout dans les lupus jeunes et dans les lupus mous et fongueux. Les lupus anciens, fibreux, sclérosés, donnent lieu plutôt à une hémorrhagie artérielle, à une hémorrhagie en jet ; on rencontre, en effet, au milieu du tissu scléreux, de fines artérioles, dont la lumière est maintenue béante par les connexions intimes de leur paroi avec le tissu voisin. Ce sont ces petits vaisseaux qui obligent quelquefois à se servir d'une pince hémostatique. Nous rappellerons qu'une seule fois la profondeur des lésions avait conduit notre instrument jusque sur l'artère faciale qui avait été intéressée ; mais, c'est là un fait exceptionnel.

Du reste, ces hémorrhagies doivent peu nous inquiéter,

souvent elles s'arrêtent d'elles-mêmes, en quelques minutes, par la seule application à la surface de la plaie d'un peu d'ouate finement effilochée, ou par une légère compression avec un tampon imbibé d'une solution antiseptique de sublimé.

Lorsque l'hémorrhagie se prolongeait, nous avons eu recours à une compression plus forte qui suffit généralement. L'eau oxygénée du commerce, à 12 volumes, étendue d'une égale quantité d'eau, rend des services très appréciables ; en outre de son action hémostatique, elle est un antiseptique remarquable ; elle donne aux surfaces cruentées un bel aspect rosé, enlève les caillots qui ont pu se former, et agit en même temps sur les agents microbiens auxquels ils donnent asile. Le crayon de nitrate d'argent en tant qu'hémostatique provoque par son action coagulante la formation de caillots noirâtres qui salissent la plaie, et qui ne peuvent être éliminés que les jours suivants.

Dans le cas d'hémorrhagie artérielle, nous avons l'habitude de pincer les petits vaisseaux qui donnent. La pince hémostatique est laissée très peu de temps en place, une légère torsion suffit à arrêter le sang. Cette façon de procéder nous a toujours paru plus rapide et plus sûre que tous les autres moyens indiqués par les auteurs.

PANSEMENT

L'hémostase étant assurée à la fin de l'opération, la plaie étant abondamment lavée au sublimé, nous procédons au pansement. Celui-ci est des plus simples.

Nous employons des compresses bouillies, aseptiques par conséquent, que nous appliquons sur la plaie après les avoir modérément exprimées. Un morceau d'ouate hydrophile sèche, une bande de tarlatane amidonnée ou de crêpon Velpeau, constituent tous les matériaux dont nous avons besoin.

Nous rejetons l'interposition d'un tissu imperméable entre les compresses et l'ouate ; cet imperméable favorise trop la macération de la plaie qu'il recouvre, et par conséquent son infection.

Il est bon, pendant les premiers jours qui succèdent à l'opération, de tremper les compresses dans une solution antiseptique (sublimé).

Notre pansement doit être humide, aseptique, et *très exactement occlusif*. Ce sont là trois points essentiels à observer, si l'on ne veut s'exposer à des complications infectieuses, et surtout si l'on tient à obtenir une belle cicatrice lisse, souple, sans kéloïde. Il est absolument indispensable de protéger du contact de l'air la surface qui vient d'être opérée, et ce, jusqu'à complète guérison. Nous avons toujours observé que, si nos malades ne prenaient pas soin d'appliquer le pansement très exactement sur la plaie, que

si les bords en étaient soulevés, sous prétexte de curiosité ou de démangeaison, là, où l'air avait agi sur la plaie, une croûte se formait et plus tard, inévitablement, une cicatrice vicieuse, le plus souvent kéloïdienne, marquait la place de la croûte. Il faut obtenir des malades de vouloir bien conserver jusqu'à la fin un pansement volumineux, souvent gênant ; leur patience sera amplement récompensée par des résultats toujours meilleurs et auxquels ils sont loin d'être indifférents.

Le pansement doit être humide car il favorise l'épidermisation et en assure la régularité. Quelques-uns de nos malades ont voulu, à la fin de la cicatrisation, recouvrir leur plaie d'un pansement moins disgracieux en employant la gaze stérilisée sèche, simple ou antiseptique ; l'expérience leur a été funeste ; le plus souvent il s'en est suivi une petite ulcération qui a tardé à guérir et, qui plus est, a laissé une cicatrice vicieuse.

Nous ne doutons pas que les emplâtres de Vigo, de Vidal ou autres, ne puissent, comme nos pansements humides, favoriser l'épidermisation. Mais nous leur faisons un grave reproche, celui de n'être pas aseptique, bien au contraire. Aussi, par principe, nous en avons rejeté l'emploi.

Le pansement sur les muqueuses consiste simplement en lavages fréquemment répétés avec une solution de chlorate de potasse pour la bouche ; des injections d'eau boriquée, avec une seringue en verre, suffisent à déterger la muqueuse nasale. Il est bon, pour éviter les rétrécissements des narines, de mettre des lamineurs dans les orifices.

Du reste, à l'heure actuelle le pansement humide semble réunir les suffrages de la majorité des dermatologistes.

« Pour ma part, dit M. Brocq (1) je conseille à mes malades de faire, autant qu'il leur est possible, des pansements antiseptiques rigoureux. Après l'opération, ils se lavent avec de l'eau boriquée ou mieux avec une solution de sublimé à 1/1000 ou 1/1500 s'ils la tolèrent, et ils font des applications de tarlatane trempée dans un de ces liquides et recouverte de taffetas gommé....

« Ils continuent ces pansements en graduant l'énergie des solutions antiseptiques suivant le degré des inflammations produites jusqu'à ce que les ulcérations soient cicatrisées ».

M. Dubreuilh (2) est partisan du seul pansement humide et antiseptique, à l'acide borique. « Il faut appliquer, dit-il un pansement antiseptique humide qui devra être renouvelé 2 ou 3 fois par jour ; il y a tout intérêt à hâter la cicatrisation en enrayant le plus possible la suppuration ». Pour éviter que le pansement n'adhère à la plaie et que son arrachement soit fort douloureux, il conseille d'interposer une couche de pommade antiseptique : (vaseline 20 gr., créosote 1 gr. ou 0,50), « ce qui exerce une action très réelle et assez profonde sur le tissu tuberculeux. »

M. Thibierge (3) dit que le pansement antiseptique et humide, pendant les premières heures, est de beaucoup préférable aux emplâtres qui sont soulevés et décollés par l'exsudation séreuse, consécutive à la cautérisation.

Nous avons suivi les conseils de ces auteurs en nous

(1) Brocq. — *Traité des Maladies de la peau*, page 495.

(2) Dubreuilh. — *Traité des Maladies de l'Enfance*, T. V. page 521.

(3) Thibierge. — *Loc. cit.*

servant du pansement humide ; mais nous nous éloignons de leur façon de penser en faisant de notre pansement, un pansement aseptique et non antiseptique.

Nous croyons, en effet, que l'application sur la plaie de liquides qui peuvent être irritants (sublimé, acide salicylique, phénosalyl), ou qui sont insuffisants au point de vue antiseptique (acide borique), devient inutile au delà des deux premiers jours.

La désinfection que nous avons fait subir aux surfaces lupiques à cautériser avant l'opération nous dispense de ces soins antiseptiques post-opératoires.

Nous avons remarqué que la vaseline simple ou boriquée employée sur une cicatrice encore toute récente provoquait une légère inflammation. Le lupus « rougit » suivant l'expression de nos malades.

C'est pour ces raisons multiples, que nous avons préféré l'usage d'un pansement humide et aseptique, renouvelé deux fois par jour, dans le traitement de nos lupus cautérisés.

Nous n'avons pas négligé non plus d'agir sur nos lupus par le traitement général. La scrofulide lupique de nos vieux auteurs français doit être traitée par les moyens internes, qui modifient le terrain sur lequel évolue l'agent infectieux.

Tous nos malades ont été soumis à un régime alimentaire reconstituant. Nous avons trouvé dans l'emploi de l'huile de foie de morue, dans les préparations arsenicales et iodiques, des adjuvants précieux à notre méthode de traitement externe.

RÉSULTATS

Quels vont être les résultats de notre méthode ? C'est là un point gros de conséquences qui décidera à lui seul de la valeur du procédé.

Il y a deux phases à considérer pour l'appréciation des résultats : la première, dans laquelle la plaie va se réparer, donnant une cicatrice primitive ; la seconde, la plus importante, pendant laquelle va s'établir la cicatrice secondaire définitive qui fera juger notre méthode.

Immédiatement après l'opération, la plaie obtenue par les scarifications ignées ne laisse pas que de présenter un aspect peu chirurgical. Nous avons sous les yeux une surface hachée, couverte d'incisures profondes dont les lèvres écartées laissent voir le fond, soit de couleur rouge, soit, le plus souvent, noirci par l'amas de petits caillots sanguins ou par les lésions de brûlures dues au passage du cautère. Entre les incisures, l'épiderme persiste le plus souvent et va servir à la cicatrisation de la plaie.

Les scarifications ignées déterminent toujours une réaction inflammatoire assez intense, mais qui dure peu ; il se produit un gonflement très notable qui, à la face, envahit toute la joue, gagne les paupières et en détermine l'occlusion ; nous avons vu assez souvent que l'œdème gagnait même le front. La déformation qui en résulte, persiste pendant 24 heures, le lendemain elle s'atténue et le troisième

jour il ne reste plus rien. La plaie qui avait été soulevée s'affaisse de plus en plus les jours suivants et il semble, dans certains cas, que la surface en soit déprimée et à un niveau moins élevé que celui des parties saines environnantes.

En même temps, les escharres que nous avons vues dans le fond des incisions tombent peu à peu, sous forme de lambeaux petits, mous, jaunâtres, qui restent dans le pansement à chaque fois qu'on l'enlève. La plaie devient alors rosée, bourgeonnante, d'un bel aspect et l'on voit les incisions se combler de la profondeur vers la superficie.

Nous avons alors une surface unie, lisse, qu'un épiderme nouveau va recouvrir d'une enveloppe tégumenteuse saine. Cette épidermisation se fait par des points multiples ; c'est la périphérie qui présente un liseré violacé, dont l'étendue augmente très vite et tend à recouvrir toute la surface qu'il entoure. Au centre de la plaie de nombreux petits points blancs correspondants chacun aux lambeaux épidermiques épargnés par les incisions s'étendent en surface et vont se joindre les uns aux autres. Nous avons réalisé du même coup le type de la greffe dermo-épidermique, imaginée par Reverdin.

L'épidermisation est en général complète au bout de 30 jours, pour les plaies étendues ; sur la joue par exemple, les escharres tombent pendant la première semaine ; la plaie se comble pendant le cours de la seconde ; il faut encore quinze jours environ pour que l'épiderme ait recouvert en entier toute une moitié de la face.

Nous n'avons jamais eu à réprimer une exubérance trop grande des bourgeons charnus de cicatrisation. Cela tient, pensons-nous, à ce fait que l'épidermisation se fait d'une

façon régulière et surtout qu'elle est régulièrement distribuée en tous les points de la plaie.

Nous avons alors la cicatrice que nous appellerons primitive, par opposition avec celle qui va lui succéder et qui en diffère notablement.

La cicatrice primitive est disgracieuse : d'une couleur rouge foncé en certains points, violette ailleurs ; elle est très apparente et fait le désespoir de nos malades, qui espéraient d'emblée un résultat meilleur. Quelques-unes de nos cicatrices primitives portaient la trace très évidente de hachures, sous forme de saillies ou de dépressions ; d'autres présentaient de ci, de là, des papules appréciables que nos opérés croyaient être des tubercules nouveaux ; mais nous avons remarqué que ces papules siégeaient surtout au niveau des quadrilatères circonscrits par nos incisions. A une période un peu plus avancée de la cicatrisation, on voit souvent des macules rouges très circonscrites, comme enchâssées dans la peau, et qui se trouvent aux points d'intersection des hachures ; c'est là, croyons-nous, le résultat d'une cicatrisation plus lente, aux endroits où les lésions opératoires ont été le plus accentuées.

Du reste, il suffit d'attendre quelques semaines encore pour voir toutes ces petites difformités disparaître et la cicatrice secondaire s'établir définitivement ; en quelques semaines, en quelques mois, les inégalités se nivellent et la surface cicatricielle devient unie.

Il est remarquable, en effet, de voir que les incisions les plus multiples, les plus profondes guérissent par première intention sans laisser la moindre trace.

Nos observations démontrent, en effet, que partout où

les pansements humides ont été faits régulièrement, la cicatrice est lisse, souple, non rétractile ; la coloration, dans un certain nombre de cas, en est telle, qu'il est même impossible de distinguer où finit la cicatrice et où commence le tissu antérieurement sain.

Un certain nombre de nos malades présentent des kéloïdes, petites à la vérité, sur leur cicatrice ; mais nous avons suffisamment insisté sur la cause de ces kéloïdes, à propos du pansement, pour n'y pas revenir. Nous ajoutons que, du reste, nombre de ces kéloïdes disparaissent de jour en en jour et sont à l'heure actuelle suffisamment affaissées pour n'être aperçues qu'à très courte distance.

Nous insisterons tout particulièrement sur ce fait que nos incisions, même les plus profondes, allant jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, ne laissent pas de cicatrices vicieuses.

Et cependant nous avons tout lieu de craindre l'apparition de ces cicatrices irrégulières ; en effet, les auteurs nous mettent en garde contre les résultats fâcheux des incisions profondes.

M. Brocq (1) nous dit : « Les résultats ultérieurs, c'est-à-dire la cicatrice, sont peut-être le point faible des cautérisations ignées. Certes, quand on n'a agi que sur les couches les plus superficielles de la peau, la cicatrice est d'ordinaire blanche, lisse, souple, un peu déprimée, nullement vicieuse ; mais quand on atteint les couches moyennes et surtout les couches profondes du derme, les cicatrices sont fort souvent irrégulières, bridées, épaissies.

(1) Brocq. — *Pratique dermatologique*. T. I, page 537.

« sies, indurées, kélôïdiennes : elles peuvent déterminer
« des rétractions fâcheuses, surtout à la face, autour de la
« bouche, des narines, vers les paupières où elles se com-
« pliquent presque toujours d'ectropion.

« Aussi, faut-il être réservé dans l'emploi de ce moyen
« quand il s'agit de lésions siégeant autour des orifices na-
« turels, on ne doit l'utiliser dans ces régions que lorsqu'il
« n'y a que de toutes petites surfaces à modifier ou à dé-
« truire. »

A l'inverse des affirmations de ce maître en la pratique dermatologique, nous avons obtenu la disparition de cicatrices vicieuses. Dans un cas, c'est un ectropion léger de la paupière qui disparaît après une seule séance de scarifications ignées et la guérison s'est maintenue depuis une année. Ailleurs, ce sont des brides fibreuses qui tiraient en dehors les commissures labiales, que nous avons sectionnées et qui n'ont point reparues. Nous avons toujours vu le tissu scléreux diminuer d'épaisseur, sinon disparaître complètement, sous l'action des scarifications ignées.

C'est surtout par le toucher que cette diminution était facile à apprécier. Avant l'opération, le pincement de la peau était toujours difficile ; souvent, il semblait que sous les doigts on avait une épaisseur considérable de tissu malade. Après la cicatrisation de nos plaies, nous trouvions un tégument souple très souvent, toujours moins épais, plus facile à saisir entre les doigts.

Il va sans dire que cette cicatrice varie beaucoup d'aspect suivant l'habileté avec laquelle le traitement est fait ; nous-même, au début, nous avons eu des résultats peu encourageants. Mais nous pouvons affirmer que tout médecin qui a

quelqu'habitude du galvano-cautère, obtient une cicatrice régulière.

Cette cicatrice est-elle le siège de récidives ? Oui, et voici dans quels cas.

Les lupus étendus, les lupus anciens dont les tubercules isolés sont englobés dans une vieille cicatrice épaisse et très dense présentent souvent des récidives ; mais ces récidives sont partielles et quelquefois même très minimales ; ou bien, ce sont des tubercules isolés qui réapparaissent en un point très localisé de la cicatrice, le plus souvent près des bords ; ou bien, c'est le tissu scléreux qui a été incomplètement atteint par le galvano-cautère et qui laisse encore une cicatrice de mauvais aloi et qu'il faut de nouveau scarifier.

Nous devons à la vérité de dire que, dans un certain nombre de cas, nous avons dû faire une nouvelle séance de scarifications ignées ; mais toujours, au cours de la seconde intervention, nous avons observé que les lésions étaient moins étendues, surtout en profondeur, quand nous avions affaire aux brides fibreuses signalées plus haut.

Il n'y a pas de règles fixes, croyons-nous, pour déterminer l'espace de temps à laisser entre deux interventions, ni pour en graduer l'énergie.

Suivant les circonstances, nous faisons des scarifications partielles ou généralisées à toute l'étendue du lupus.

Terminons en notant que les lupus peu étendus, ont cédé à une seule application de nos scarifications ignées, laissant du premier coup une cicatrice lisse, sans récidive apparente, même après une année.

VALEUR COMPARATIVE DE NOTRE MÉTHODE

A la fin de cette modeste relation de nos efforts pour combattre cette affection terrible, qui a nom *lupus*, nous n'entreprendrons pas d'établir un parallèle complet entre nos scarifications ignées et les différentes méthodes, sanglantes ou non, proposées contre cette tuberculose cutanée. Notre expérience personnelle ne nous permet pas une aussi vaste étude et nous serions mal inspiré en rejetant comme impraticables les méthodes chirurgicales (raclage, curettage, etc.) qui ont donné de si beaux résultats entre les mains de nos maîtres.

Nous voulons simplement attirer l'attention sur les avantages que présente notre méthode, par comparaison avec l'emploi des autres caustiques ignés galvaniques, dont nous même nous sommes servi à maintes reprises ; nous entendons ainsi les grilles, les pointes de feu simples, les couteaux à lames multiples et parallèles.

Les grilles et les couteaux à plusieurs lames ne nous paraissent pas d'un emploi facile ; la disposition même de ces instruments empêche le plus souvent leur action caustique d'être aussi complète qu'il serait désirable ; la juxtaposition des fils de platine, reliés entr'eux, limite promptement leur pénétration dans les tissus malades et nous avons vu l'intérêt majeur qu'il y a à atteindre les lésions lupiques jusque dans la profondeur.

Il ne reste plus que les pointes de feu qui peuvent servir plus efficacement dans le but que nous nous proposons, mais à celles-ci nous ferons de graves reproches qui se déduisent logiquement de faits par nous observés.

Nous avons remarqué, en effet, que les pointes de feu laissent une cicatrice souvent disgracieuse, déprimée en points multiples, pigmentée au pourtour, donnant l'aspect de cicatrices de petites pustules varioliques ; de plus ces cicatrices sont fréquemment rétractiles, suivant l'expression de nos malades, le lupus « se ratatine » sous leur influence. Nous avons vu maintes fois que l'application des pointes de feu galvaniques, loin d'arrêter le processus lupique, semblait en exagérer la virulence ; souvent le lupus s'étendait au cours du traitement par ces ponctions ignées.

Nous croyons donc que nos scarifications ignées appliquées en masse, à toute l'étendue d'une surface lupique, quelqu'en soit la grandeur du reste, permettent au praticien, sans éducation bien spéciale, d'agir d'une manière efficace avec l'outillage ordinaire de son cabinet : il agira d'une façon relativement rapide et les résultats obtenus ainsi seront aussi satisfaisants que ceux des autres méthodes que nous avons toujours vu procéder si lentement.

CONCLUSIONS

Des diverses méthodes de traitement du lupus tuberculeux, les scarifications ignées méthodiques semblent présenter plusieurs avantages :

1° Cette méthode permet de voir les lésions et d'en apprécier plus facilement l'étendue surtout en profondeur : on opère à ciel ouvert.

2° Le manuel opératoire est réduit à sa plus grande simplicité et n'exige pas l'usage d'instruments compliqués et coûteux.

3° Les résultats de cette méthode de traitement sont aussi bons que ceux des autres méthodes et la guérison apparente est obtenue plus rapidement.

4° L'emploi des scarifications ignées exige assez souvent, il est vrai, l'anesthésie générale. Le chloroforme est alors l'agent tout indiqué lorsqu'il s'agit d'aborder des lésions très étendues. Mais dans le cas de lupus superficiels jeunes et petits encore, aussi bien que dans nombre d'autres interventions pratiquées si souvent par les dermatologistes, le chlorure d'éthyle pur, employé comme anesthésique général rendra les plus grands services.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS

OBSERVATION. I. (Personnelle).

Désirée Y..., âgée de 49 ans, infirmière, née à Volnay (Sarthe).

Antécédents héréditaires.

Père et mère morts. Sept frères et sœurs. Un frère mort à l'âge de 30 ans de fluxion de poitrine. Les autres enfants sont vivants et bien portants.

Personne dans la famille n'est atteint d'une affection cutanée semblable à celle de la malade.

Antécédents personnels.

La malade n'a jamais été atteinte de l'une des maladies infectieuses que l'on a coutume de rencontrer dans l'enfance.

Affection actuelle.

La malade raconte que son lupus est apparu très tôt, dans la seconde enfance, sans pouvoir préciser la date.

C'est à la joue gauche que les premiers tubercules se manifestèrent. En peu de temps toute la joue, le nez et le côté droit de la face furent envahis. Puis l'envahissement s'arrête, la lésion recouvrant l'étendue de la face que nous trouvons à l'heure actuelle encore malade.

Vers l'âge de 25 ans, à la face dorsale du poignet gauche, poussée de lupus qui semble avoir succédé à un tubercule sous-cutané qui s'est abcédé et s'est ouvert à l'extérieur.

Elle était venue l'année précédente à Paris, pour se faire soigner dans le service de M. Hardy, où elle est restée deux mois et demi. La partie inférieure du nez était alors détruite et complètement cica-

trisée; les deux joues étaient recouvertes de lésions lupiques ulcérées et recouvertes de croûtes. Sur le poignet, la lésion donnait toutes les apparences d'un lupus tuberculo-squameux.

Elle passe alors comme infirmière dans le service de M. Vidal qui, lui-même, pendant deux années, la traite par la méthode des scarifications linéaires, qui amenèrent une amélioration considérable. Pendant 5 à 6 années, l'amélioration se maintient.

Après une fatigue excessive, due à son service dans les salles de l'hôpital Saint-Louis, une poussée survint, en 1889, poussée qui nécessite un nouveau traitement par les scarifications de Vidal.

Ce traitement amène une légère amélioration, mais les conditions dans lesquelles se trouve la malade, l'empêchent de nouveau de continuer d'une façon régulière. Les lésions restent stationnaires, mais la malade se plaint beaucoup de douleurs qui apparaissent par intervalles dans le jour et qui s'accompagnent de démangeaisons fort ennuyeuses.

En 1899, à la fin du mois de mai, après un grattage énergique sur le lupus du poignet suivi de greffes dermo-épidermiques, qui du reste ont fait disparaître toutes traces de lésions lupiques et ont rendu à l'articulation la plus grande partie de sa souplesse, la malade se décide à faire traiter aussi énergiquement son lupus de la face.

La joue droite était alors complètement recouverte de lupômes, noyés au milieu d'un tissu scléreux, induré; quelques-uns étaient entourés d'une auréole rouge inflammatoire; suivant une ligne courbe partant du milieu du nez traversant la joue et se terminant au niveau du menton, on constatait par le toucher, une bande fibreuse, très épaisse, quelque peu douloureuse à la pression, recouverte de grandes squames adhérentes, psoriasiformes. La lésion s'étendait, en haut, à la région sourcillière qui était envahie dans la moitié externe, en bas, elle avait gagné la partie inférieure de la région parotidienne. Notons un léger degré d'ectropion de la partie externe de la paupière inférieure.

A gauche, les lésions sont moins étendues, quoique de nombreux lupômes se dessinent sous la peau; il y a comme sur la joue droite une bande fibreuse, mais d'une longueur beaucoup moindre.

Pas d'adénites.

Le 6 janvier 1900.

Sans anesthésie, première séance de scarifications ignées sur la joue gauche, on dépasse la limite du lupus en largeur et surtout en profondeur. Pansement humide non recouvert de tissu imperméable et renouvelé deux fois par jour. La cicatrisation s'effectue de la périphérie au centre et dure deux mois. — A noter le froid intense de la saison qui semble avoir empêché une réparation plus rapide.

Mars 1900.

Sans anesthésie, première séance de scarifications ignées sur le côté droit de la face. Au cours de l'intervention, section de l'artère faciale qui était comprise dans la bande fibreuse que nous avons signalée plus haut. C'est qu'en effet, au niveau de cette zone le tissu inodulaire avait atteint une profondeur que nous ne soupçonnions pas : approximativement, l'épaisseur de la bande était de un centimètre à un centimètre et demi suivant la région. On pose une pince sur le vaisseau et par une légère torsion l'hémorrhagie est définitivement arrêtée. Durée de l'intervention : cinquante minutes. Pansement humide, sans tissu imperméable ; renouvelé deux fois par jour. Durée de la cicatrisation : un mois.

Résultats.

Du côté gauche : cicatrice absolument lisse, sans saillies, ni dépressions, de coloration blanchâtre au centre ; les bords se continuent insensiblement avec la peau normale voisine, sans que l'on puisse voir les limites de l'ancienne lésion. Quatre ou cinq tubercules réapparaissent 10 mois après dans la partie externe de la cicatrice.

Du côté droit, c'est au contraire la partie externe de la lésion qui est le mieux guérie ; la cicatrice est lisse, blanche, souple, sans saillie appréciable ; au niveau de la région sourcillière, toute trace de lupus a disparu, il ne reste plus qu'une légère rougeur. L'éctropion de la paupière inférieure a disparu. Il reste un peu d'œdème dans la partie supérieure de la joue. La zone fibreuse si épaisse, est devenue moins tendue, moins dure ; mais il n'y a pas là une réparation aussi satisfaisante que sur les régions avoisinantes. Le bord

interne de la lésion sur lequel probablement nous avons moins insisté pendant l'opération, à cause des difficultés inhérentes à sa profondeur extrême en ce point, est encore rouge, recouvert de squames fines, se détachant difficilement.

Un point ulcéré est resté au niveau de la commissure gauche des lèvres, que nous avions oublié dans les séances précédentes.

Fait important : toute sensation de douleur, de tension, d'élan-
cements, de démangeaison a disparu. Le malade éprouve un grand
soulagement physique et moral, après ces deux interventions.

Novembre 1900.

Deuxième séance de scarifications ignées sur la joue droite, toujours sans anesthésie. L'intervention ne porte que sur la partie interne de la joue que nous avons décrite plus haut comme douloureuse encore. Quelques petites artérioles donnent un peu de sang vite épanché et arrêté par une compression énergique. On constate que la profondeur du tissu scléreux est beaucoup moindre que lors de la première intervention ; l'épaisseur est de moitié moins grande. Durée de l'intervention : 25 minutes. Pansement humide sans tissu imperméable, renouvelé deux fois par jour. Œdème de la paupière correspondante pendant 48 heures.

Quinze jours après l'opération, les incisions sont complètement comblées. On aperçoit un petit liseré d'épidermisation autour de la plaie et quelques points au centre.

La cicatrisation est complète dans les premiers jours de janvier, environ 6 semaines après l'opération. Cicatrice primitive, plane, lisse, encore violacée.

Réflexions

Dans le cas de D... Y..., nous avons affaire à un lupus très ancien, non guéri malgré les nombreuses scarifications linéaires faites par les mains les plus habiles, malgré le tissu scléreux si abondant qui enserrait les lupômes tuberculeux, malgré le temps qui joue quelquefois à lui seul le rôle d'un agent curateur merveilleux.

Les résultats obtenus ont dépassé nos espérances ; du côté gauche, en une seule séance, nous avons eu une guérison de la quasi-totalité de la lésion ; du côté droit, contrairement aux assertions des auteurs les plus autorisés, le tissu scléreux a diminué d'épaisseur partout où nous sommes intervenus, totalement disparu en de nombreux points. L'ectropion de la paupière inférieure droite n'existe plus. Nous sommes loin des rétractions cicatricielles signalées dans les livres classiques. Cette disparition de l'ectropion ne peut être rejetée sur le compte de l'œdème, qui existe à la partie supérieure de la joue ; car l'œdème siège au-dessous de la paupière et du côté interne ; la cicatrice rétractile qui était cause du renversement de la paupière était située en dehors : œdème et cicatrice vicieuse se trouvaient en deux points distincts et opposés.

Nous insisterons également sur l'influence de la température et l'importance de la régularité des pansements pour

la cicatrisation de la plaie. Malgré tous les soins que prenait la malade pour éviter tout contact fâcheux du froid sur la plaie, elle n'a pu éviter un retard considérable de la guérison après la première intervention pour la seule raison que son service d'infirmière l'obligeait à s'exposer à l'air pendant la durée du traitement.

Remarquons en même temps l'endurance remarquable de la patiente, qui a pu supporter trois interventions, douloureuses s'il en fut, sans la moindre anesthésie, par la seule volonté qu'elle avait de montrer à ses malades l'énergie qu'il faut avoir pour arriver à un résultat vraiment satisfaisant.

OBSERVATION II. (Personnelle).

Juliette Ch..., âgée de 17 ans. sans profession, née à Paris.

Antécédents héréditaires.

Père et mère vivants et bien portants.

Trois frères et une sœur vivants

Personne dans la famille n'est atteint d'affection cutanée semblable à celle de la malade.

Antécédents personnels.

Fluxion de poitrine dans la seconde enfance.

Affection actuelle.

Le début de l'affection actuelle remonte à 1893. Un petit « bouton rouge » est apparu sur la pointe du nez, il a grandi peu à peu jusqu'à acquérir les dimensions d'une pièce de 50 centimes ; successivement, sur la lèvre supérieure et sur le menton, la malade voit survenir les mêmes lésions.

En 1894, elle entre dans le service de M. Tennesson, où elle reste 2 ans. Traitement : une application de pâte de Vienne reste sans efficacité ; on lui fait alors plusieurs séances de pointes de feu qui l'ont guérie pour une année.

En 1896, les tubercules réapparaissent sur les points déjà lésés et envahissent presque subitement toute la joue droite ; c'étaient alors des tubercules secs, recouverts de squames fines et adhérentes de la grosseur d'un petit pois.

En 1897, M. Feulard fait à la malade pendant 4 mois des pointes de feu qui améliorent les lésions. Elle sort pour être soumise, au dehors, à un traitement par les courants à haute fréquence et les bains de sel.

A la même époque, sur le pouce droit, au-dessous du bord libre de l'ongle, apparaît une petite ulcération entourée d'une zone violacée, qui recouvre la phalange.

Le 3 juillet 1899, la malade entre dans le service de M. Du Castel.

On constate alors sur la face des lésions lupiques tuberculeuses très étendues.

Le nez est complètement infiltré de tubercules jaunâtres et le bord libre des narines est recouvert de croûtes noirâtres qui s'enlèvent facilement.

Sur la joue gauche ; deux placards ulcérés de la grandeur d'une pièce de 50 centimes.

Le lobule de l'oreille gauche est augmenté de volume, rouge et présente quelques petites ulcérations sur le bord libre.

Les lésions de la joue droite se continuent sans intervalle de peau saine avec le lupus du nez et des lèvres. La moitié de la joue est recouverte de tubercules qui font saillie à la surface de la peau, non ulcérés, sans squames. La peau qui sépare les tubercules est rouge, infiltrée, tendue.

Les lèvres, supérieure et inférieure, sont très augmentées de volume et présentent les mêmes lésions.

Au-dessous du menton, il existe un placard lupique de la grandeur d'une pièce de 5 francs.

La gencive supérieure et la voûte palatine sont également envahies.

A l'extrémité du pouce droit, sous le bord libre de l'ongle, on trouve une ulcération circulaire, douloureuse, très profonde, dont les bords sont taillés à pic et décollés, entourée d'une large zone violacée ; la deuxième phalange du pouce est très augmentée de volume ; pas de troubles trophiques du côté de l'ongle.

La malade tousse beaucoup chaque hiver ; cependant on ne trouve rien à l'auscultation des poumons et du cœur.

Adeirites cervicales multiples.

Traitement.

On essaye les injections de calomel ; 7 piqûres sont faites à huit jours d'intervalle chacune. Ce traitement amène un affaissement du lupus de la face et une diminution très marquée de la rougeur qui entourait les tubercules ; ceux-ci deviennent plus nets.

Au mois de septembre, des pointes de feu très profondes et très rapprochées sont faites sur le nez, la joue et les lèvres, sous le chloroforme. Pansement humide. Guérison en un mois.

Les lésions ne semblent pas avoir beaucoup rétrocedé après cette séance de cautérisation.

En décembre de la même année et au mois d'avril 1900, on pratique deux séances de scarifications ignées après anesthésie générale.

La malade sort au mois de mai.

Elle vient de nouveau dans le service de M. Du Castel au mois de novembre dernier. On constate alors sur le nez et la moitié supérieure de la joue droite une cicatrice lisse, très rouge, sans tubercules. Les lèvres et la partie correspondante de la joue sont seules recouvertes encore de tubercules, mais beaucoup moins nombreux qu'au début de l'année. Le menton, la joue gauche, l'oreille sont complètement guéris.

A la suite de refroidissements successifs, pendant les grandes chaleurs de l'été, la malade dit que sa voix a changé. En effet, elle est aujourd'hui voilée, basse. Peut-être y a-t-il propagation au larynx du lupus de la muqueuse buccale ?

L'examen laryngoscopique n'a pas été fait.

Le 23 novembre, après anesthésie, scarifications ignées sur la face, les gencives et la voûte palatine.

Pendant l'opération, on constate que sur le nez et la partie supérieure de la joue, la peau est sclérosée ; il existe, pour ainsi dire, une nappe de tissu cicatriciel dans lequel on ne trouve aucun tubercule.

Durée de l'opération : 45 minutes. Pas d'accidents.

Pansément humide renouvelé 2 fois par jour.

Œdème des paupières pendant 48 heures.

Huit jours après, l'épidermisation devient très manifeste à la périphérie et sur toute la surface de la plaie.

Quinze jours après l'opération, l'épidermisation est presque complète.

Six semaines après l'opération, la cicatrisation est terminée ; il ne reste alors que deux points bourgeonnants, très petits d'étendue, qui nécessitent une légère cautérisation au crayon de nitrate d'argent.

La cicatrisation a marché lentement ; mais la malade se nourrit mal ; son état général est peu satisfaisant.

La cicatrisation des joues et du nez est plane et de bon aspect ; les lèvres ont diminué de volume ; il reste encore à leur surface quelques traces des incisions galvaniques.

Réflexions

Chez cette malade, comme chez Pauline T..., les injections de calomel ne semblent avoir agi que sur l'inflammation surajoutée aux tubercules en voie d'évolution.

Faisons remarquer qu'en deux séances nous avons obtenu une guérison complète de plus de la moitié du lupus de la face. Si, dans la dernière opération, nous avons agi sur la partie guérie de la joue et du nez, c'est que la rougeur inaccoutumée de la cicatrice nous laissait des doutes sur la valeur de cette guérison.

OBSERVATION III. (Personnelle).

Nathalie L..., âgée de 18 ans, sans profession, née à Coutry (Seine-et-Marne). Hôpital Saint-Louis, salle Gibert, lit n° 13.

Antécédents héréditaires.

Père et mère vivants.

Le père a eu une fluxion de poitrine et deux pleurésies.

Six frères et trois sœurs bien portants. Cinq autres enfants sont morts dont un de méningite, probablement tuberculeuse, et deux fausses couches.

Antécédents personnels.

Rougeole à l'âge de 12 ans.

Coqueluche à 16 ans.

Affection actuelle.

Vers l'âge de neuf ans, après un refroidissement qui l'avait tenue plusieurs semaines au lit, la malade dit avoir vu apparaître à la partie supérieure et postérieure de la cuisse droite, « une espèce de petit clou qu'elle a gratté et qui a suppuré ». Autour de ce petit clou se produisit bientôt une éruption de même nature, qui, en peu de temps, recouvre toute la cuisse droite.

Quelque temps après, éruption semblable sur le membre inférieur gauche.

Puis sur la muqueuse gingivale, c'est un point rouge qui apparaît derrière la lèvre supérieure, à droite de la ligne médiane.

Vers 14 ans, c'est la joue gauche qui est atteinte, après quelques troubles du côté du nez, sous forme de démangeaisons à l'intérieur qui s'accompagnaient d'écoulement muqueux et de légères douleurs intermittentes. Le lupus envahit peu à peu la moitié antérieure de la joue gauche, gagne la narine correspondante et passe enfin sur le côté droit du nez.

Il y a six mois des tubercules isolés se montrent sur la joue droite et la lèvre supérieure.

La malade entre dans le service de M. Du Castel, à Saint-Louis, au mois de janvier 1899, où elle reste deux mois sans traitement. Son état général est tellement mauvais, qu'on n'ose entreprendre aucun traitement.

Elle revient au mois de mai de la même année. C'est alors que nous constatons chez cette malade, des manifestations lupiques tuberculeuses extrêmement étendues.

Tête et cou.

Sur la joue gauche, il existe un placard de la grandeur d'une pièce de 2 francs, situé près du nez, surélevé, recouvert de croûtes gris-noirâtres, entouré d'une zone violacée ; cette plaque lupique a augmenté de dimensions pendant son séjour à l'hôpital, jusqu'à acquérir la grandeur d'une pièce de 5 francs.

La partie inférieure du nez est augmentée de volume, totalement infiltrée d'un tissu mou, friable, recouverte de croûtes semblables à celles de la joue gauche.

Sur la joue droite, c'est une petite plaque de lupus située en dehors de la commissure des lèvres, formée de tubercules confluents, non ulcérés, recouverts de squames fines, sèches, pytyriasiformes.

Sur la lèvre supérieure, un petit point ulcéré sur le bord libre à droite de la ligne médiane. Ça et là, sur la face cutanée de la lèvre, des tubercules isolés, rien sur la face muqueuse.

La muqueuse gingivale, sur une étendue qui correspond aux incisives et aux canines supérieures, est épaissie, rouge, envahie elle aussi par le lupus.

A la région antérieure du cou sur une zone parallèle au bord inférieur du maxillaire, au niveau du pli de flexion de la tête sur le cou, on voit une cicatrice blanchâtre, allongée transversalement, entourée d'un bord rouge surélevé, non ulcéré.

Adénites cervicales multiples, surtout accentuées sous le bord inférieur du maxillaire.

Membre supérieur droit.

Sur l'annulaire, au côté interne de l'articulation de la première et de la deuxième phalange, il existe un placard lupique, ulcéré très profondément, qui a été guéri par un raclage énergique suivi d'une cautérisation ignée.

A la partie postérieure et inférieure de l'avant-bras, empiétant sur le bord externe, on constate sur une étendue de la grandeur de la paume de la main, des lupômes isolés, plus confluents à la périphérie ; le centre tend à se cicatriser.

A la face antérieure du pli du coude un placard de même aspect qu'à l'avant-bras, transversalement dirigé, de la largeur d'un doigt.

Membre supérieur gauche.

L'auriculaire et la partie avoisinante de la face dorsale de la main sur une largeur du 3 à 4 cm. sont envahis par la lésion lupique qui a déjà amené une rétraction du petit doigt et a laissé une cicatrice vicieuse qui unit les premières phalanges de l'annulaire et du petit doigt. Plusieurs points sont encore ulcérés, surtout du côté de la main.

A la face interne de l'aisselle, il y a une zone de tubercules isolés, sur une surface de la grandeur d'une pièce de 5 francs.

Thorax et abdomen.

Rien.

Membre inférieur gauche.

Au pied, comme à la main du même côté, ce sont le petit doigt, le quatrième orteil et la face dorsale du pied qui sont envahis et présentent le même aspect qu'au membre supérieur.

A la partie inféro-externe de la jambe, une grande cicatrice lisse, rosée, pigmentée tout à la fois, entourée d'une quinzaine de tubercules isolés.

Au-dessous de la rotule, trois tubercules côte à côte, sur une ligne horizontale.

A la cuisse, toute une série de tubercules isolés dessinent par leur juxtaposition des lignes sinueuses diversement enchevêtrées sur toute la surface de tégument, surtout à la face interne.

Membre inférieur droit.

Sur la cuisse, on trouve les mêmes figures sinueuses dessinées par l'ensemble des tubercules qui font saillie sous la peau.

Près du pli fessier et un peu au-dessus, placard lupique ulcéré recouvert de croûtes grisâtres.

La malade se nourrit mal, son appétit a diminué et elle a maigri depuis quelque temps. Elle a toussé tout l'hiver dernier. Cependant l'auscultation des poumons et du cœur se révèle rien d'anormal.

Traitement.

Une fois par semaine on traite le lupus de la face par les scarifications linéaires de Vidal après anesthésie locale à la cocaïne ou au chlorure de méthyle, mais l'indocilité de la malade empêche tout traitement d'être efficace.

Après six semaines d'essais infructueux, Nathalie L..., se décide à se laisser chloroformer. Dans les premiers jours de juillet, première séance de scarifications ignées. Les lésions de la face, du cou, du bras droit, de la cuisse droite sont scarifiées avec le couteau galvano-caustique. Cicatrisation en 1 mois. — Nouvelle séance à la fin du mois de juillet sur la face. Cicatrisation en 15 jours. — La cicatrisation s'opère toujours sous un pansement humide sans imperméable. La malade sort très notablement améliorée le 17 août 1900.

Elle reste sans traitement jusqu'au 15 octobre, époque à laquelle elle vient pour la troisième fois à la salle Gibert.

On constate alors que les lésions de l'oreille ont totalement disparu ; l'infiltration du lobule et du bord libre ont laissé place à une cicatrice lisse, peu rétractile, qui déforme à peine l'oreille.

Sur les joues, les tubercules sont complètement isolés, saillants, recouverts de squames fines.

Les mains sont œdématisées, infiltrées d'une coloration violacée, sans tubercules bien nets ; l'ulcération du bord libre de la lèvre supérieure existe toujours.

La muqueuse gingivale est saine.

A la région antérieure du cou la cicatrice a une légère tendance kéloïdienne.

Sur le poignet droit, la cicatrice est lisse, légèrement pigmentée, souple.

Le 16 novembre 1900. — Anesthésie au chloroforme. Des scarifications ignées sont pratiquées sur les lésions de la face et sur les petites kéloïdes du cou. Pansement humide sans imperméable renouvelé deux fois par jour. Œdème des paupières inférieures pendant 48 heures.

Le 1^{er} décembre, le nez est complètement recouvert d'une couche épidermique lisse, gris-bleuâtre.

Les joues présentent l'aspect d'une plaie superficielle à fond lisse régulièrement, sans dépression, rouge vif, avec un liseré épidermique périphérique de un centimètre de largeur environ et quelques tâches blanchâtres disséminées à la surface qui ne sont que des points centraux d'épidermisation.

Vingt-deux jours après l'opération, le nez, la lèvre supérieure et la majeure partie des deux joues sont cicatrisés. Sur le nez, la cicatrice est lisse ; sur la lèvre supérieure on voit encore la place des hachures sous forme de dépressions linéaires, entourant de petites élevures arrondies ; sur les joues, la partie centrale de la plaie présente des bourgeons légèrement exubérants.

Au 25 décembre, la cicatrisation est complète. On aperçoit encore à la surface de la cicatrice de nombreux points rouges, saillants, surélevés, qui disparaissent de jour en jour et blanchissent peu à peu.

Réflexions

L'observation de cette malade nous montre que son affection cutanée était encore relativement récente ; les lésions, du reste, étaient peu profondes, malgré l'épaisseur apparente due surtout à leur saillie considérable au-dessus de la surface de la peau.

Si les premières séances de scarifications ignées n'ont pas donné le résultat que nous attendions, c'est que des circonstances indépendantes de notre volonté nous ont empêché, notamment sur la face, d'agir avec l'énergie nécessaire. Cependant il faut remarquer que, malgré ces fâcheuses conditions, les lésions des membres et du cou, que nous avions traitées, ont été guéries. Seule, la face a été en quelques mois, recouverte de nouveaux tubercules qui ont nécessité une nouvelle intervention.

Dans la dernière séance du mois de novembre, nous avons essayé de faire disparaître les petites kéloïdes du cou par cette méthode des scarifications ignées.

Avons-nous un succès complet ? Nous n'osons encore l'affirmer ; l'intervention est encore trop récente pour nous permettre de nous prononcer.

OBSERVATION IV (Personnelle).

B..., âgé de 20 ans, étudiant, né à Paris.

Antécédents héréditaires.

Père vivant.

Mère morte de tumeur abdominale.

Deux frères bien portants.

Personne dans la famille n'est atteint d'affection cutanée semblable à celle du malade.

Antécédents personnels.

Rien.

Affection actuelle.

A l'âge de 6 ans, une petite rougeur est apparue sur la joue droite ; cette rougeur n'était accompagnée d'aucune douleur, ni de démangeaisons ; cette rougeur s'est étendue peu à peu aux régions avoisinantes et en l'espace de 3 années la lésion avait acquis les dimensions que nous lui voyons aujourd'hui.

Le malade fut traité à différentes reprises par les scarifications linéaires de Vidal et par les pointes de feu. Mais à mesure que l'on agissait d'un côté, la lésion réapparaissait de l'autre.

Il vient consulter M. Du Castel, le 3 décembre 1900. On voit alors sur la joue droite une plaque lupique de forme allongée dans le sens vertical, élargie en haut, en partie cicatrisée. De gros tubercules jaunâtres se trouvent à la périphérie et surtout en haut, en dedans et en bas de la plaque. Le reste de la surface est occupé par des tractus cicatriciels diversement orientés et qui enchâssent en partie les tubercules signalés plus haut.

Le malade présente au bras et à l'avant-bras deux cicatrices blanches, petites, qui marquent la place de tubercules lupiques qui ont été traités et guéris par des scarifications linéaires de Vidal.

L'état général est excellent. Rien aux poumons.

Le 4 décembre, chloroformisation, scarifications ignées. Les lésions sont peu profondes. Durée de l'opération : 20 minutes. Pas d'hémorrhagie. Pansement humide renouvelé 2 fois par jour.

25 jours après l'opération, la cicatrice primitive recouvre plus de la moitié de la surface cautérisée; la cicatrisation s'effectue surtout de la périphérie au centre et forme une surface plane, très lisse.

OBSERVATION V. (Personnelle).

Alphonse P. ..., âgé de 38 ans, sans profession. Hôpital Saint-Louis. Salle Cazenave, lit n° 30.

Né à Château-Thierry (Aisne).

Antécédents héréditaires.

Père et mère morts. La mère de tuberculose pulmonaire.

Deux sœurs, dont une morte de tuberculose méningée ? dès le jeune âge.

Personne dans la famille ne présente d'affection semblable à celle dont est atteint le malade.

Antécédents personnels.

Fièvre typhoïde à 12 ans.

De 15 à 17 ans, au moment de l'établissement de la puberté, Alph. P... a beaucoup souffert, et à plusieurs reprises, de douleurs articulaires.

L'an dernier, pleurésie sèche du côté gauche.

Notre malade a beaucoup maigri depuis 2 ans, cependant il ne tousse pas et l'auscultation des poumons ne révèle rien d'anormal.

Affection actuelle.

Le début du lupus de notre malade, remonte à l'âge de 5 ans, et semble coïncider avec l'époque de la mort de sa mère. Sur les deux joues, sont alors apparus quelques petits boutons rouges, surélevés, qui ont couvert en peu de temps une étendue de la grandeur d'une pièce de 2 francs environ.

Une application de vésicatoires transforme les surfaces lupiques en ulcérations qui persistent jusqu'à l'âge de 12 ans.

Puis le lupus gagne peu à peu et à 17 ans, notre malade entre à l'hôpital Saint-Louis, pour un lupus localisé aux deux joues, non ulcéré. M. Vidal, pendant trois mois, lui fait trois fois par semaine, des séances de scarifications linéaires qui n'amènent aucun résultat. Le lupus s'étendait toujours.

Il devient infirmier dans les salles de l'hôpital et pendant un an, reste sans traitement.

Au cours de nouvelles séances de scarifications linéaires, Alph. P... est atteint de troubles gastro-intestinaux, rapportés par M. Vidal lui-même, à une entérite tuberculeuse qui dure six mois.

Guéri de cette affection, on essaya de nouveau les scarifications linéaires, aidées de l'emplâtre de Vigo et de la poudre d'iodoforme.

Ce traitement n'améliorait en aucune façon la lésion qui augmentait d'étendue et gagnait bientôt la partie externe des lèvres, les paupières inférieures et menaçait d'envahir les oreilles. L'envahissement paraissait alors moins rapide à droite qu'à gauche. Enfin, l'accroissement s'arrête et le malade reste 15 ans sans aucune espèce de traitement.

En 1892, M. Du Castel lui fait des applications de pointes de feu profondes, qui lui sont continuées pendant plusieurs années à des intervalles très espacés et très irréguliers. En 1897, il sort de l'hôpital pour revenir l'année suivante dans le service de notre maître. Une amélioration notable se produit à la suite de pointes de feu profondes mais partielles.

En 1899, à notre arrivée chez M. Du Castel, nous constatons que le malade est atteint d'un lupus de la face, très étendu, qui n'a respecté qu'une petite partie du nez, sur la ligne médiane et les narines ; les lèvres et le menton sont indemnes sur la plus grande partie de leur surface ; à gauche, la lèvre inférieure présente une cicatrice lisse, un peu déprimée, pigmentée sur les bords, qui marque la plaque du lupus traité par les pointes de feu profondes. Le reste de la surface lupique est recouvert de squames de moyenne grandeur, blanches, adhérentes surtout vers la partie interne des joues ; ces squames cachent en grande partie une peau rouge, dure, tendue, présentant de nombreux tubercules jaunes, sucre d'orge ; à la pression des doigts, la peau donne la sensation d'une résistance particulière, due à la présence de bandes scléreuses, sous-dermi-

ques. Il existe aussi dans le sillon naso-génien un tissu dense et compact, qui se prolonge en bas, tirant en dehors les commissures labiales.

Dans le cours de l'année 1899, le malade est encore soumis au traitement, par les pointes de feu profondes et les scarifications ignées partielles ; mais le résultat obtenu était peu satisfaisant, quelques ulcérations se montraient ça et là. Aussi, en septembre, notre malade se décide pour une séance de scarifications ignées généralisées à toute la joue gauche : cette opération fut pratiquée sans anesthésie et bien supportée par le patient. La cicatrisation de la plaie s'effectua en six semaines, sous un pansement humide. Une petite récurrence nécessita une nouvelle intervention très localisée, vers le mois de février de l'année suivante.

Notre malade sort en mars, très amélioré, mais non encore complètement guéri.

Il revient au 1^{er} décembre dernier. On constate alors que l'amélioration obtenue après la première séance de scarification s'est maintenue depuis le mois de mars.

Une partie de la lésion lupique est guérie ; les paupières inférieures, les parties les plus postérieures des joues sont recouvertes d'une cicatrice lisse, de bonne apparence, de couleur rosée, sans squames à la surface ; le reste des joues est souple aussi, mais desquame encore ; enfin, quelques petites ulcérations se trouvent de chaque côté du nez.

Le 6 décembre, anesthésie générale par le chloroforme, scarifications ignées sur toute la surface malade à droite. Durée de l'opération : 45 minutes. Pansement humide, renouvelé deux fois par jour.

Sept jours après l'opération, la plaie est nette et bourgeonne déjà très activement, la plupart des incisions sont comblées.

Le 14 décembre, cautérisation galvanique de la joue gauche, sous chloroforme. Durée de l'opération : 1 heure 15 minutes ; deux ou trois artérioles sur le nez et la joue nécessitent une hémostase temporaire par les pince à forcipressure. Pansement humide. Le gonflement consécutif disparaît en trois jours.

A la fin de décembre, la cicatrisation de la joue droite est termi-

née. Sur la joue gauche, elle se fait à la fois par le péricrâne et par le centre, sous forme de pointes blanchâtres, très nombreuses.

Réflexions

Le lupus que nous avons traité était, dans le cas d'Alph. P..., très ancien et très étendu.

Ce sont là deux raisons pour lesquelles une première intervention n'a peut-être pas suffi. Faisons remarquer que là aussi, les zones de tissu scléreux que l'on trouvait sous la peau avaient disparu après la première intervention et, dix mois après, n'avaient pas encore reparu.

Faut-il voir dans la date d'apparition du lupus chez notre malade qui coïncidait avec l'époque de la mort de sa mère tuberculeuse, une relation de cause à effet, ou une simple coïncidence ? Nous croyons cependant que, dans le cas présent, il pourrait s'agir d'une inoculation directe à la face de la bacillose maternelle.

Remarquons aussi, qu'au cours du traitement par les scarifications linéaires, est survenu un accident intestinal, diagnostiqué, entérite tuberculeuse; nous ne voulons pas affirmer qu'il s'est agi là d'une infection viscérale, localisée à l'intestin, survenue à la suite d'une opération sanglante dirigée contre le lupus et que les scarifications linéaires aient été la cause de l'entérite, nous ne faisons que signaler le fait, sans vouloir en tirer des conclusions.

OBSERVATION VI (Personnelle).

Joséphine D..., âgée de 60 ans, ménagère, Hôpital Saint-Louis, salle Gibert, n° 23, née à Cadenet (Vaucluse).

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts.

Père mort de fluxion de poitrine.

Deux sœurs bien portantes.

Personne dans la famille ne présente d'affection semblable à celle de la malade.

Antécédents personnels. — La malade a marché très tardivement, à l'âge de 3 ans. Elle ne présente cependant aucune difformité.

Elle fut soignée à 17 ans pour une gastrite. Mariée à 18 ans, elle fit une fausse couche de 5 mois et mit au monde deux enfants morts.

Son mari est mort de tuberculose pulmonaire. La ménopause eut lieu à 45 ans.

Après une affection oculaire indéterminée, de longue durée et récidivante, on enleva à la malade la glande lacrimale gauche.

Affection actuelle.

Début en 1895, à l'âge de 55 ans, par une petite rougeur située à l'extrémité du nez. La malade en cousant se piquait, avec l'aiguille, l'extrémité du nez, parce que la faiblesse de la vue l'obligeait à approcher très près et l'aiguille et le fil.

Cette rougeur gagna en peu de temps la narine droite.

Deux fois par semaine on lui fit alors dans le service de M. Du Castel des scarifications linéaires, qui, en trois mois, amenèrent une guérison complète.

Cette guérison se maintint pendant une année, puis les lésions réapparurent au même endroit et s'étendirent sur le nez.

En juin 1897, elle revient de nouveau à la salle Gibert, chez M. Du Castel, pour un lupus du nez, qui était couvert de tubercules; quelques petites ulcérations existaient sur le bord libre des narines. On voyait aussi à la partie moyenne de la joue gauche, un placard

de tubercules isolés. Ce n'est que plus tard, en 1899, que la joue droite fut envahie de la même façon.

On institue alors le traitement par les injections de calomel pendant les six premiers mois de l'année 1898, on lui fit 19 piqûres de calomel, de 0,05 centigrammes chacune, qui n'amenèrent que des douleurs localisées sur le trajet du nerf sciatique, pendant que les lésions lupiques subissaient des poussées intermittentes.

Pendant les trois années de son séjour à l'hôpital, elle fut traitée alternativement par les pointes de feu et les scarifications linéaires; une fois, le nez fut gratté dans toute son étendue.

En 1900, ces divers traitements ne semblaient pas avoir agi sur les lésions lupiques. On voyait alors sur les deux joues, à peu près symétriquement disposés, deux placards de la largeur du doigt, obliquement dirigés en bas et en dehors, de coloration rouge foncé, très mous, saignant facilement et reposant sur une base dure, épaisse. Le nez est augmenté de volume et couvert de tubercules saillants, quelques-uns ulcérés, entourés d'une peau rouge tendue.

Les yeux font une saillie exagérée en dehors de leurs orbites. La cécité est complète à droite, presque absolue à gauche.

La malade souffre beaucoup au moment de la digestion et mange peu.

Le corps thyroïde est normal. Il y a une notable diminution des réflexes rotuliens sans autres troubles des sensibilités tactiles musculaires et douloureuses.

Le 30 novembre 1900, sous anesthésie chloroformique, les lésions sont scarifiées avec le couteau galvanique. Durée de l'opération : 30 minutes. Pansement humide renouvelé deux fois par jour.

Au cours de l'opération on constate que les lésions sont peu profondes, notamment sur les joues, où, prises entre les doigts, elles semblaient reposer sur une base indurée. Les tissus malades sont très mous et cependant pas fongueux. L'hémorrhagie qui se produit est toute superficielle, en nappe et cède à la moindre compression.

Quinze jours après, toutes les escharres sont tombées et la plaie est en voie de cicatrisation.

Fin décembre, cicatrisation complète, cicatrice violacée, plane, légèrement déprimée sur les joues.

OBSERVATION VII (Personnelle).

Pauline F. . . , âgée de 19 ans, domestique, née à Jouarre (Seine-et-Marne).

Antécédents héréditaires.

Père et mère morts.

Père mort de catarrhe pulmonaire.

Mère morte de hernie étranglée.

Un frère et une sœur bien portants.

Une sœur morte de coxalgie ? à l'âge de 2 ans.

Personne dans la famille ne présente d'affection cutanée, semblable à celle de la malade.

Antécédents personnels.

Coqueluche et rougeole dans la seconde enfance.

Affection actuelle.

La malade raconte qu'à l'âge de 8 ans, elle a été soignée pour une affection oculaire bi-latérale, qui a duré 3 ans et qui a précédé l'apparition du lupus au niveau du nez.

A l'âge de 9 ans, la malade s'aperçoit qu'elle est gênée pour respirer par le nez ; elle ne pouvait plus souffler par l'une ou l'autre des narines ; il y avait impossibilité absolue de se moucher. Pas de démangeaison à l'intérieur du nez ; aucun liquide ne s'écoulait par les orifices.

A peu près à la même époque, la malade se rappelle avoir eu dans la bouche, au niveau du vestibule, près de la commissure labiale gauche, des lésions au niveau desquelles on voit à l'heure actuelle, mais à l'intérieur, une cicatrice kéloïdienne, de forme oblongue, allongée de haut en bas, saillante, non douloureuse. Cette cicatrice n'est cependant pas apparente à la face interne de la joue ; la muqueuse est saine, mobile sur les plans profonds, et ne présente aucune trace de lésions ulcéreuses anciennes.

Toutes ces manifestations pathologiques oculaires, nasales et buccales s'amendèrent après une année de traitement aux Enfants-Malades.

Cinq années après, à l'âge de 14 ans, la malade voit réapparaître les mêmes troubles du côté des yeux. (Cécité complète avec picotements, sensation de corps étrangers.) Durée : Six mois.

Immédiatement après la guérison de cette affection, la malade voit un petit bouton « rouge avec un petit point blanc au sommet » apparaître à l'angle de la narine et de la joue droites. Des démangeaisons violentes, intermittentes obligeaient la malade à se gratter. Une éruption de même nature envahit bientôt toute la lèvre supérieure et la narine droite. Par le grattage et les infections secondaires qui en découlent, toute la surface malade est recouverte de croûtes jaunâtres, qui s'enlevaient assez facilement.

Les lésions gagnent de plus en plus le nez, qui est complètement recouvert en l'espace de 2 ans. En même temps, une petite plaque apparaît sur la joue gauche, près de la commissure labiale, à l'endroit où se trouve maintenant la cicatrice keloïdienne.

Etat stationnaire pendant trois années ; la malade entre dans le service de M. Du Castel, le 13 février 1899.

A l'entrée, on constate que le nez, la lèvre supérieure, l'angle interne et la paupière supérieure de l'œil gauche, près du sourcil, sont envahis par un lupus tuberculo-ulcéreux.

Démangeaisons intermittentes violentes.

Pas de douleurs ni d'élancements.

Aucune lésion dans l'intérieur du nez, ni sur les gencives, ni dans la bouche.

Aucun symptôme particulier du côté des poumons.

Rien du côté des voies digestives.

Léger ptosis de la paupière supérieure gauche. Léger strabisme divergent du même côté.

Réglée à 18 ans, irrégulièrement depuis.

On institue le traitement par les injections de calomel. Treize piqûres sont faites à l'intervalle de huit jours chacune qui amènent une amélioration considérable ; l'épaisseur de la lèvre supérieure diminue ; la rougeur est moins accentuée ; les tubercules sont plus nets. Mais cette amélioration n'est que passagère et la lésion qui semblait devoir rétrocéder complètement sous l'influence du calomel, devient bientôt stationnaire et même on voit quelques tuber-

cules isolés gagner l'angle interne de l'œil droit et la paupière inférieure correspondante.

On cesse les injections après trois mois de ce traitement ; car chaque piqûre déterminait un gros abcès.

C'est alors que l'on commence le traitement par les scarifications ignées. Tous les huit jours, une séance forcément restreinte, à cause de l'indocilité de la malade ; on peut à peine à chaque séance scarifier une étendue de quelques centimètres carrés, si bien que l'efficacité de ce traitement se fait moins vite sentir et chaque scarification laisse après elle une cicatrice linéaire, blanchâtre, très saillante, de bien petite étendue toutefois. Après chaque séance, on applique un pansement humide sous lequel la cicatrisation s'effectue en quatre ou cinq jours.

Pendant le mois de septembre, au cours d'une anesthésie locale de la lèvre supérieure, par le chlorure d'éthyle, la malade dit tout à coup : « Oh ! Monsieur, je m'endors ! » Elle s'endort, en effet, les paupières se ferment, la résolution musculaire devient complète ; et l'anesthésie dure assez longtemps pour que nous puissions scarifier toute la lèvre supérieure. Aussitôt après l'opération, la malade reste assise et se réveille petit à petit sans malaise, sans céphalagie et retourne à ses occupations au bout de 5 à 6 minutes.

Interrogée sur les sensations du début de cette anesthésie nouvelle, la malade raconte avoir eu des bourdonnements d'oreille très intenses qui s'accompagnaient d'engourdissement généralisé et de constriction des mâchoires. Pas de troubles respiratoires ni cardiaques.

Etonné de ce nouveau mode d'anesthésie générale, nous renouvelons l'expérience trois fois avec plein succès, mais nous ne pûmes continuer par suite de l'indocilité de la malade qui l'empêchait aussi de se laisser scarifier comme la plupart de ses amies.

Jamais cette anesthésie générale par le chlorure d'éthyle n'a été suivie de vomissements ni de maux de tête, ni d'aucun trouble qui puissent témoigner d'une action toxique due à l'agent anesthésique.

En avril 1900, un érysipèle de la face se déclare après une application de pointes de feu sur la cicatrice de la joue gauche ; il est vrai de dire que la malade était sortie sans prendre de précautions ; pas

le moindre pansement n'avait été appliqué sur la plaie. Evolution habituelle, l'érysipèle gagne la joue gauche et la joue droite, s'étend sur le cou, respectant complètement le nez et la lèvre supérieure. Durée : 15 jours. Terminaison normale.

Les lésions lupiques ont alors complètement disparu ; quelques derniers lupômes, nécessitent deux ou trois scarifications ignées très limitées et le 4 juillet 1900, la malade sort ne présentant qu'une surface cicatricielle recouvrant le nez et la lèvre supérieure. Cette cicatrice est formée d'un enchevêtrement de lignes blanchâtres, assez apparentes ; elle ne s'accompagne d'aucune déformation, les orifices du nez sont très légèrement rétrécis, mais pas au point de créer une atrésie gênante ; on la voit à peine. Sa kéloïde de la joue gauche a résisté à tous les traitements. L'état général est excellent.

La malade revient en novembre de la même année. La cicatrice s'est considérablement améliorée.

Il ne reste, des lésions qui existaient sur les paupières, qu'une cicatrice lisse, blanchâtre, à peine apparente, de niveau avec la peau environnante.

Sur le nez et la lèvre supérieure les saillies linéaires se sont affaissées, ont presque entièrement disparues. La peau est souple, facile à plisser, de coloration grisâtre. La cicatrice à la périphérie se confond insensiblement avec la peau normale qui l'entoure. Légèrement rugueuse au toucher, la surface est déprimée seulement par points isolés. Sur la lèvre supérieure, il reste une saillie linéaire parallèle au bord libre de la lèvre, à tendance kéloïdienne.

Réflexions

D'après les renseignements donnés par la malade, nous avons eu affaire à un lupus tuberculeux, dont le point de départ se trouvait dans une lésion nasale de même nature.

Nous attirerons l'attention tout particulièrement sur l'action du calomel considéré comme agent thérapeutique du lupus. Là, comme dans la plupart des autres cas que nous avons eu l'occasion d'observer, le calomel semble surtout agir en combattant l'inflammation qui accompagne si souvent les lésions lupiques ; il a fait disparaître rougeur et gonflement ; ne sont-ce pas là deux symptômes cardinaux de l'inflammation ? Mais il a été sans effet sur la lésion initiale, sur le lupôme qui est resté seul.

Un accident, un érysipèle, est survenu au cours du traitement ou mieux à la fin. Deux enseignements se dégagent de cette observation : 1° Les plaies, même après intervention ignée, devront être l'objet de soins minutieux et être traitées par la méthode aseptique, sinon antiseptique, pour éviter toutes les infections secondaires qui pourraient entraver la cicatrisation régulière ; 2° La dermite streptococcique qui a été signalée comme agent curateur du lupus dans certains cas (érysipèle salutaire d'Alibert et Bazin), n'a joué aucun rôle dans notre cas. L'érysipèle a, tout au contraire, respecté le nez et la lèvre supérieure qui étaient les seules régions atteintes chez notre malade.

La cicatrice obtenue n'est pas évidemment celle que nous attendions quoique nous ayons eu à traiter un lupus jeune

encore (il datait de 5 ans), dont les lésions n'avaient pas gagné la profondeur. La cicatrice au départ de la malade, était assez disgracieuse. Mais il faut tenir compte des difficultés que nous avons rencontré à chaque séance de scarification; d'ailleurs cette cicatrice s'est améliorée avec le temps et à l'heure actuelle la malade peut dire, à qui veut bien l'entendre, qu'elle ne porte sur la figure que les traces d'une brûlure légère.

Signalons également l'action du chlorure d'éthyle, comme anesthésique général. C'était une nouveauté pour nous. D'autres expériences nous ont permis d'affirmer, contrairement aux assertions des auteurs, que, employé en inhalations, il ne s'accompagnait pas toujours de convulsions, ni d'arrêt de la respiration.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

Berthe S..., 24 ans, infirmière, née à Bastia (Corse).

Antécédents héréditaires.

Père et mère vivants et bien portants.

1 frère et 1 sœur vivants.

Personne dans la famille ne présente d'affection cutanée semblable à celle de la malade.

Antécédents personnels.

Rien dans l'enfance.

Affection actuelle.

C'est à l'âge de 9 ans que le lupus a commencé, à l'angle gauche du nez, par une petite élevation qui a duré 3 mois.

Après avoir disparu pendant quelque temps, cette élevation est réapparue, a grandi ; le nez se prit alors, suivant une marche progressive de gauche à droite ; la partie avoisinante de la joue gauche sur une étendue de 2 à 3 centimètres se trouve recouverte des mêmes lésions ; la lèvre supérieure, sur les 2/3 de sa surface, fut envahie en l'espace d'une année.

Le diagnostic porté alors était lupus tuberculo-ulcéreux.

La malade à l'âge de 12 ans entre une première fois à Saint-Louis chez M. Quinquand, qui lui fit des pointes de feu. Une amélioration s'ensuivit, qui dura 18 mois.

Une seconde fois, à 15 ans, elle revint à Saint-Louis, dans le service de M. Du Castel ; des pointes de feu et des scarifications linéaires sont pratiquées sur les tubercules qui étaient réapparus. La guérison se maintient encore pendant 18 mois.

A 19 ans, elle entre de nouveau chez M. Du Castel pour des ulcérations de la lèvre et du nez ; à la suite de grattages et de cautérisations, ces ulcérations disparaissent. Elle sort pour revenir une quatrième fois en 1898.

On constate alors que la plus grande partie du nez et de la lèvre supérieure est complètement cicatrisée depuis la dernière inter-

vention ; les narines sont en partie détruites, la lèvre est tirée en haut par une cicatrice rétractile, peu apparente cependant. Sur le nez, la cicatrice est rosée, légèrement rugueuse au toucher, avec quelques points déprimés. Sur la joue droite, il y a une cicatrice blanche de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, légèrement déprimée.

La narine gauche et la joue gauche, sur une étendue de 3 à 4 centimètres, sont recouvertes de croûtes noirâtres avec quelques tubercules isolés.

Après quelques applications de pointes de feu qui ne semblent pas agir, on fait en janvier 1900 une séance de scarifications ignées, sans chloroformisation. Pansement humide renouvelé deux fois par jour. Cicatrisation en 2 mois.

Résultats.

En décembre 1900, la malade présente au niveau des scarifications ignées, une cicatrice plane, souple, se plissant facilement, de coloration rosée, les bords de la cicatrice se continuent insensiblement avec la peau normale voisine : à la partie externe de la cicatrice une petite ligne kélôïdienne, là où la cicatrisation s'est effectuée sous un pansement insuffisant.

Réflexions

Chez cette malade nous avons obtenu, après une seule séance, une guérison parfaite de la plaque lupique qui avait résisté jusqu'ici aux autres traitements. La cicatrice, consécutive aux scarifications ignées, présente tous les caractères désirables d'une bonne cicatrice.

Nous insistons particulièrement sur la cause de la kéloïde qui est en voie de disparition à l'heure actuelle. L'importance d'un pansement régulièrement fait est, là plus qu'ailleurs, bien évidente, puisque c'est au point même où la malade n'a pu, par suite de ses fonctions, continuer l'application du pansement humide, que la cicatrice est devenue kéloïdienne.

OBSERVATION IX. (Personnelle).

Marie B..., âgée de 20 ans, brodeuse, née à Paris.

Antécédents héréditaires.

Père et mère vivants, bien portants.

Trois frères et une sœurs vivants.

Personne dans la famille n'est atteint d'affection cutanée semblable à celle de la malade.

Antécédents personnels.

Rien dans l'enfance.

Affection actuelle.

L'origine du lupus dont est atteinte notre malade semble devoir être rapporté à un lupus de la muqueuse nasale qui a précédé de six mois l'apparition de toute manifestation cutanée. La malade raconte en effet qu'elle avait alors le nez « bouché », sans écoulement muqueux, avec quelques sensations de démangeaisons à l'intérieur.

Le lupus est apparu au dehors à l'âge de 13 ans, sous forme d'un point rouge à l'angle droit de la narine; ce point s'est peu étendu et a resté pendant trois années avec les mêmes dimensions. Cependant, le lupus avait déjà déterminé des ulcérations recouvertes de croûtes sur le bord libre de la narine droite.

A 14 ans 1/2. M... B... vient une première fois dans le service de M. Du Castel. Après de nombreux grattages suivis de pointes de feu et de scarifications linéaires de Vidal, la guérison est presque complète. La malade retourne dans sa famille et vers l'âge de 16 ans, une poussée survient pendant laquelle la narine droite est envahie par le lupus.

Elle revient alors de nouveau chez M. Du Castel, dans le service duquel on lui fait, pendant cinq mois, mais sans succès, des pointes de feu et des scarifications linéaires.

Elle entre une troisième fois en 1898 dans le même service, parce que une nouvelle poussée a envahie tout le nez. Celui-ci est alors recouvert de croûtes grises, se détachant facilement. Etat général excellent. Rien aux poumons.

On institue le traitement par les scarifications de Vidal, puis par

les pointes de feu. Mais au cours des applications de pointes de feu, le lupus gagne la lèvre supérieure.

C'est alors que vers la fin de 1899, pendant les deux derniers mois, nous lui fîmes des séances de scarifications ignées à huit jours d'intervalle n'agissant chaque fois que sur une très petite surface. Pansement humide.

Cette malade fut, comme P... T..., endormie huit ou dix fois par le chlorure d'éthyle. Cette anesthésie générale était obtenue très vite, sans agitation, sans convulsions, sans troubles du cœur ni de la respiration. Jamais elle n'a été suivie de vomissements ni de céphalalgie.

Après être restée en observation pendant quelques mois, la malade sort en juillet 1900.

On ne trouve alors aucun point suspect. La cicatrice sur le nez est belle. Les narines sont en partie détruites, la lèvre supérieure porte de chaque côté, au niveau du sillon labiogénien deux cicatrices kéloïdiennes.

En décembre 1900, la cicatrice du nez est lisse, rosée, souple, non déprimée ; les bords se continuent insensiblement avec la peau voisine. Sur la lèvre supérieure, au centre, la cicatrice est parfaite ; mais de chaque côté les kéloïdes sont restées avec les mêmes dimensions qu'en juillet.

Réflexions

Nous ferons remarquer que chez cette malade, nous avons pu obtenir une anesthésie générale, avec le chlorure d'éthyle, sans les accidents qui sont signalés par les auteurs. Cette anesthésie durait toujours assez longtemps pour que nous puissions scarifier la lèvre supérieure en entier, par exemple.

Le lupus, loin de céder aux applications répétées des pointes de feu gagnait de plus en plus et s'étendait malgré tout.

Lors des séances de scarifications ignées, nous n'avons agi que sur de petites surfaces ; ce qui était une erreur ; ayant, depuis, pratiqué de nombreuses interventions sur de larges espaces, nous avons toujours obtenu une guérison meilleure et en somme plus rapide.

Là, encore, la présence de cicatrices kéloldiennes au niveau de la lèvre supérieure, aux points où le nez, la joue et la lèvre forment un creux par leur jonction, nous indique le soin qu'il faut apporter pour préserver de tout contact de l'air, les surfaces en voie de cicatrisation. Chez cette malade, en effet, des croûtes se sont formées en ces points et sous ces croûtes la cicatrisation s'est faite plus lentement et surtout irrégulièrement.

Index Bibliographique

- Annales de stomatologie. — 1900.
Annales de dermatologie. — Passim.
BESNIER. — Annales de dermatologie, 1883.
— Traduction française de Kaposi.
BESNIER et BROCC. — Pratique dermatologique.
BROCC. — Traitement des maladies de la peau.
BROCC et JACQUET. — Dermatologie.
CHAVASSE. — Petite chirurgie.
Compte rendu du XIII^e Congrès international de Médecine. — 1900.
DUBREUILH. — Traité des maladies de l'enfance.
DU CASTEL. — Tubercules cutanées.
DUJARDIN-BEAUMETZ. — Dictionnaire de Chimie.
GAUCHER. — Leçons sur les maladies de peau.
GAUCHER et BARBE. — Traité de médecine (Brouardel et Gilbert).
HALLOPEAU et LEREDDE. — Dermatologie.
HEBRA. — Traité des maladies de la peau.
KAPOSI. — Maladies de la peau.
LANG. — Wiener medizinische Wochenschrift.
LANNOIS. — Société des sciences médicales de Lyon.
LELOIR. — Traité de la scrofulo-tuberculose de la peau.
LUDWIG. — Beitrag zur Clinische Chirurgie.
MANQUAT. — Traité de thérapeutique.
NEUMANN. — Traité des maladies de peau.
NEISSER. — Handbuch der Hautkrankheiten : von Ziemssen.
POUCHET. — Leçons de pharmacodynamie.
THIBIERGE. — Thérapeutique des maladies de la peau.
— Traité de Médecine (Charcot et Debove).
-

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le Président de la thèse,

FOURNIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

PLANCHES

PLANCHES

Les Photographies ci-jointes sont dues à l'obligeance du Dr GASTOU, qui a bien voulu nous prêter ses appareils du Laboratoire de l'Hôpital Saint-Louis. Nous le prions d'agréer nos bien sincères remerciements pour les conseils qu'il nous a si obligeamment prodigués. Nous n'oublierons pas non plus son préparateur, M. DUBRAY, qui nous a donné un aide si dévoué.



FIGURE 1. — Après la première séance de scarification.
On remarquera la profondeur des incisions qui sont
en rapport avec la profondeur des lésions.



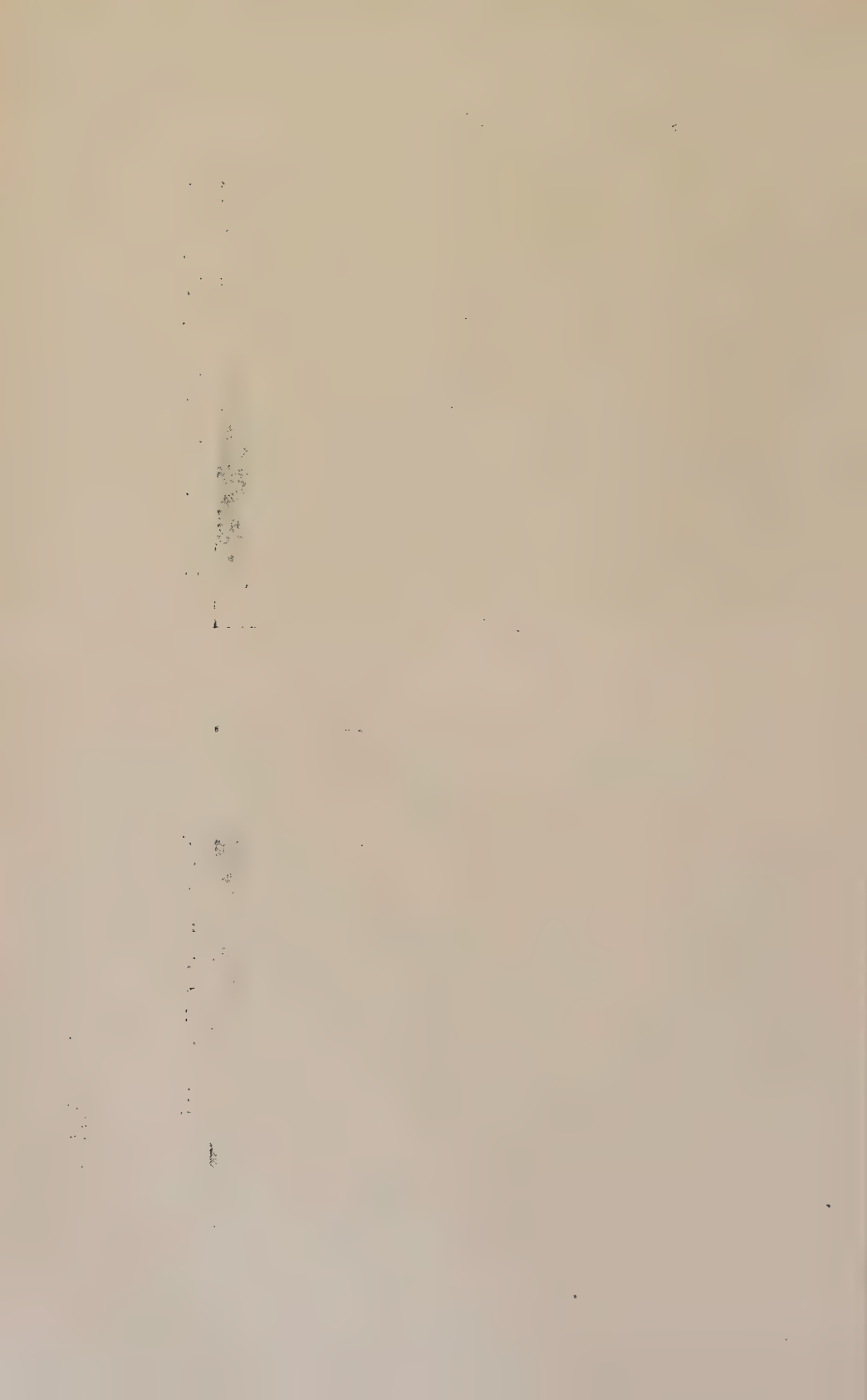
FIGURE 2. — Après la seconde séance de scarification.



FIGURE 3. — Après l'opération.



FIGURE 4. — Six semaines après l'opération.



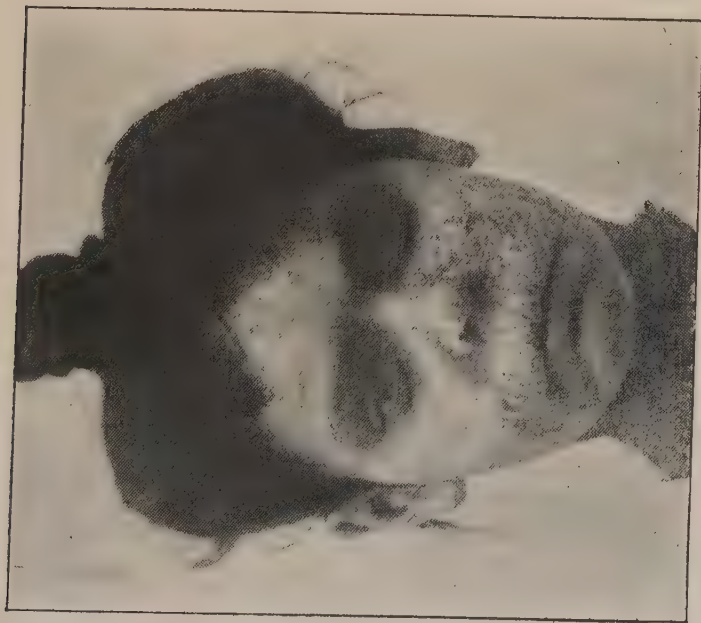


FIGURE 5. — Avant l'opération.



FIGURE 6. — Après l'opération.



FIGURE 7. — Avant l'opération.

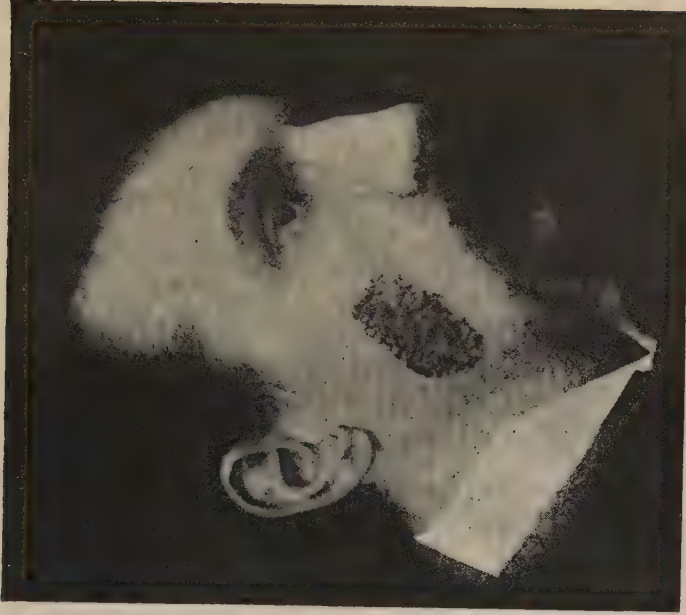
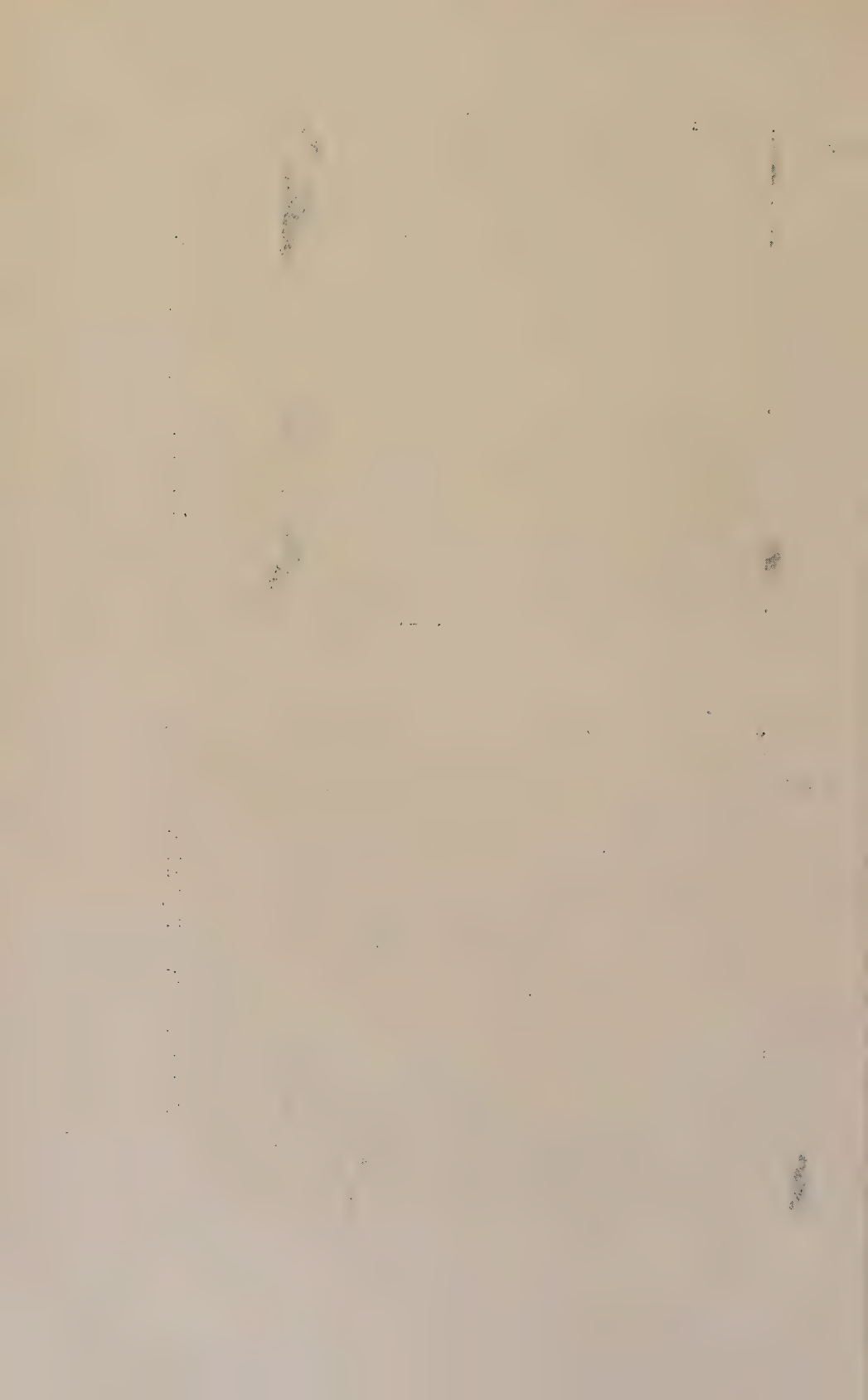


FIGURE 8. — Après l'opération.

PLANCHE IV.



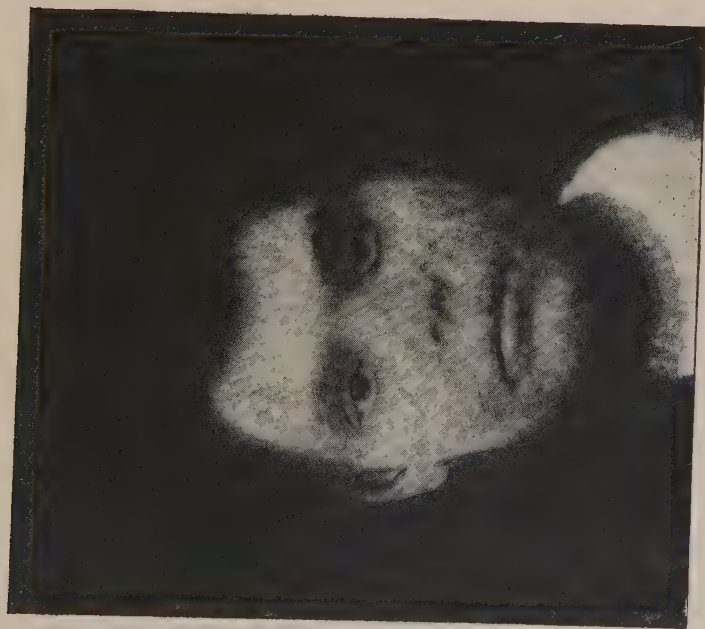


FIGURE 9. — Six semaines après l'opération.

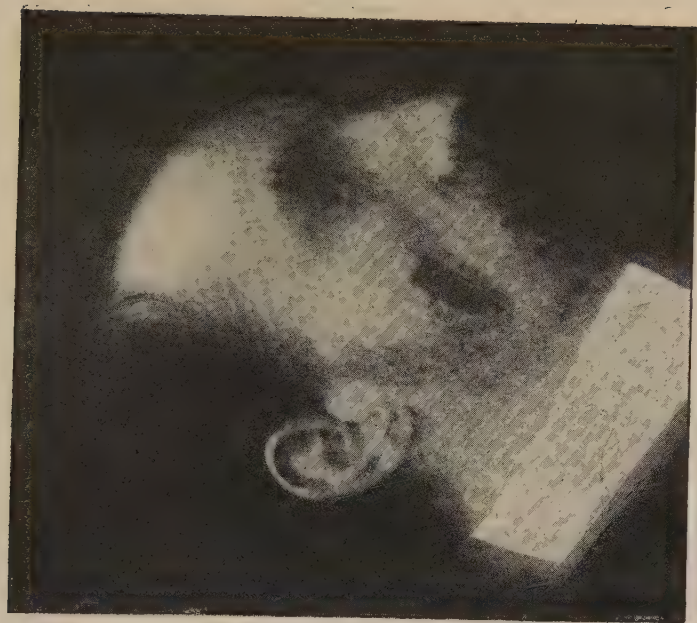


FIGURE 10. — Trois semaines après l'opération.

PLANCHE V.

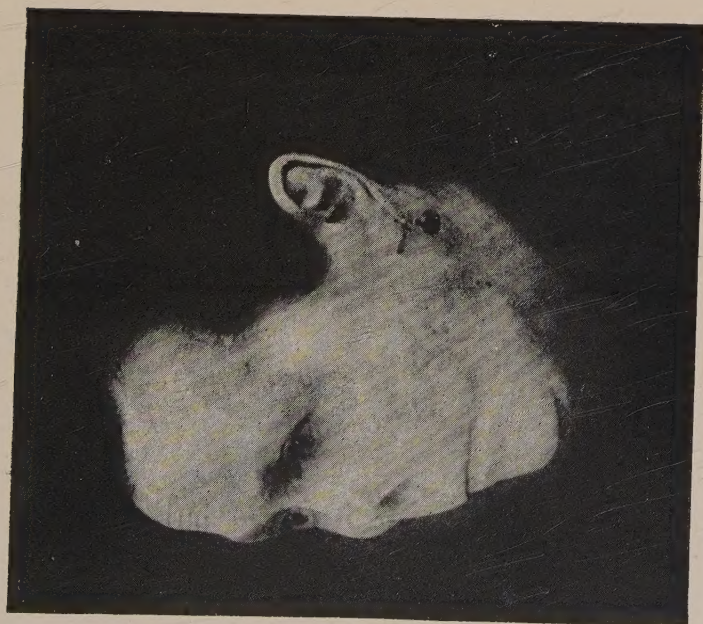


FIGURE 11. — Un an après le traitement.
Cicatrice remarquablement lisse à la partie supérieure
de la joue.

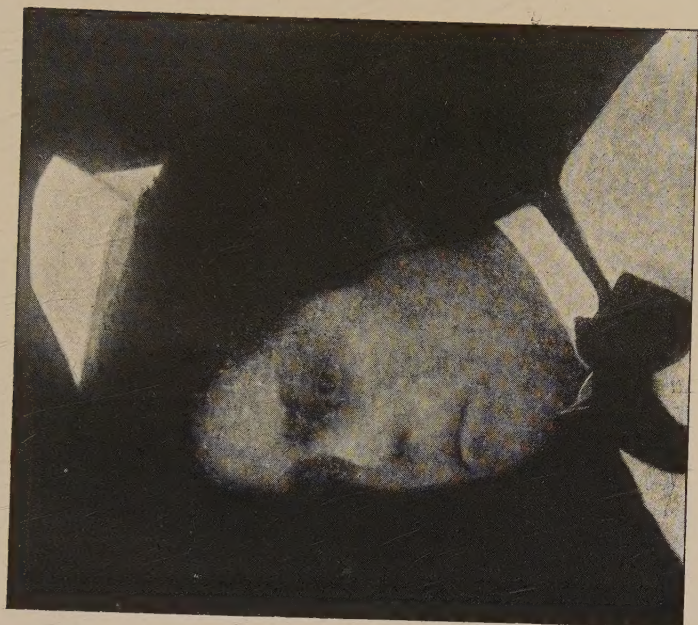


FIGURE 12. — Un an après le traitement.
Il ne reste pas trace du lupus qui existait sur la joue
gauche près du nez.



FIGURE 13. — Dix mois après cessation du traitement.

RECEIVED